



André Alexandre
Amaro Couto

Relatório de Estágio: A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, realizado sob a orientação científica do Professor António Freitas.

Setembro de 2014

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

O que é o sucesso?

*Rir muito e com frequência; ganhar o respeito de pessoas inteligentes e o afeto das crianças; merecer a consideração de críticos honestos e suportar a traição de falsos amigos; apreciar a beleza, encontrar o melhor nos outros; deixar o mundo um pouco melhor, seja por uma saudável criança, um canteiro de jardim ou uma redimida condição social; **saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque você viveu.***

Isto é ter sucesso!

Ralph Waldo Emerson

Agradecimentos

Mostrando que o “Eu” não pode viver sem o outro queria agradecer a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste projeto:

- Ao Professor António Freitas que me orientou durante todo o processo de realização do Projeto de Intervenção, pela sua disponibilidade, feedbacks, atenção, ajuda e transmissão e partilha de conhecimentos.
- À Professora Cândida Ferrito pelas indicações e ajuda dada na realização deste Projeto.
- Aos vários Professores que com os seus conhecimentos fomentaram a realização de um Projeto mais completo.
- À Enfermeira Orientadora Paula Pinto e à Enfermeira Coordenadora Teresa Anjos pela disponibilidade e feedbacks na construção do Projeto.
- A toda a equipa de Enfermagem pela disponibilidade, feedbacks, conselhos e sugestões dadas durante a realização do Projeto.
- À Enfermeira Helena Ribeiro pela disponibilidade em fornecer documental imprescindível para a realização deste trabalho.
- À Enfermeira Cláudia Estevão pela ajuda, conselhos e sugestões.
- Aos Enfermeiros do centro hospitalar pela partilha de conhecimento, disponibilidade, fornecimento de documentos e ajuda demonstrada.
- Aos meus Pais pelo incansável apoio e dedicação dado durante esta fase da minha vida;
- À minha Namorada pelo amor, carinho, compreensão, paciência demonstrada e por todo o apoio e ajuda que forneceu durante estes meses de trabalho;
- Aos amigos e colegas, pela motivação e apoio incondicional e ajuda em mais este percurso de vida;

O meu mais sincero **MUITO OBRIGADO!**

Resumo

O presente Relatório de Estágio visa a descrição, análise e avaliação de forma crítica de todas as etapas realizadas e vividas durante a realização deste Estágio/Projeto de Intervenção. Este foi realizado no âmbito do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatório da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este projeto vem avaliar a satisfação das pessoas/cuidadores informais em relação à informação fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório, assim como os aspetos facilitadores e dificultadores referidos pelos Enfermeiros. O objetivo do trabalho é contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

A profissão de Enfermagem está em contínuo desenvolvimento sendo possível em colaboração com a comunidade, poderem-se descobrir novos significados das experiências vividas e com isso identificar os seus níveis de satisfação.

Segundo vários autores o fornecimento de orientações e informações coerentes reduzem a insegurança das pessoas, favorecendo uma relação positiva, levando ao sucesso do tratamento e à satisfação da pessoa. Estes mesmos autores destacam vários aspetos fulcrais para o fornecimento de informação de forma completa e adequada fomentando a satisfação das pessoas.

Posteriormente foi implementado um questionário a uma amostra por conveniência procurando conhecer a satisfação das mesmas e analisar quais os cuidados a melhorar na procura da excelência dos cuidados.

Foram obtidos resultados bastante positivos com níveis de satisfação altos, no entanto procurou-se compreender onde se pode melhorar e onde o processo é bem realizado. Com esses dados foi ainda possível realizar algumas inferências estatísticas.

Neste projeto foi ainda importante a discussão com os Enfermeiros da UCA, procurando realçar as dificuldades e facilidades analisando os aspetos a poder melhorar.

Embora os dados positivos indiquem cuidados excelente estes podem estar alicerçados a questões relacionadas com viés de resposta como o efeito halo e o viés aquiescência. Estes podem ser aspetos interessantes para futuros trabalhos.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória, Cirurgia de Ambulatório, Informação, Satisfação

Abstract

This Internship Report aims to describe, analyse and critically evaluate all of the realized and lived steps during the realization of this Internship/Intervention Project. It was elaborated under the 1st Masters degree on Perioperative Surgery of the Superior School of Health of Setúbal's Politechnical Institute.

This project evaluates the satisfaction of the person/informal caregivers about the information given for the after discharge care in ambulatory surgery, as well as the facilitator and complicating aspects referred by the Nurses. The goal of this work is to contribute to the improvement of the information that is given by the nurses to the person/informal caregiver about the after discharge care in ambulatory surgery.

The career of Nursing is in continuous development making possible, through collaboration with the people, to discover new meanings for the lived experiences and with that to evaluate the satisfaction levels.

According to various authors giving directions and coherent informations the insecurity of people is reduced, favoring a positive relation, which leads to the success of treatment and the person's satisfaction. These authors highlight central aspects to the providing of information completely and adequately, increasing the people's satisfaction.

Later on, a questionnaire was implemented to a convenience sample, aiming to the knowledge on their satisfaction and analysing which cares to improve in the search for excellence of care.

The obtained results were quite positive with high satisfaction rates, however sought to realize where can exist improvement and where is the process well made. With these data it was yet possible to do some statistic inference.

For this project it was also important the discussion with the Nurses of the Ambulatory Surgery Unit, seeking to focus on the difficulties and amenities analysing what aspects to be improved.

Although the positive data indicate excellent care these can be grounded to questions related to answer bias like the halo effect and the acquiescence bias. These can be interesting aspects for future work on this matter.

Key-words: Perioperative Nursing, Ambulatory Surgery, Information, Satisfaction

Siglas e Abreviaturas

AORN: Association of periOperative Registered Nurses

APCA: Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

BO: Bloco Operatório

CDE: Código Deontológico do Enfermeiro

CS: Centro de Saúde

ERS: Entidade Reguladora da Saúde

ESS: Escola Superior de Saúde

IPS: Instituto Politécnico de Setúbal

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OE: Ordem dos Enfermeiros

REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO: Sala de Operações

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Nome de origem)

STC: Síndrome do Túnel Cárpico

UC: Unidade Curricular

UCPA: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UCA: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UNAIBODE: Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État (União nacional das associações de enfermeiros de bloco operatório com diploma de Estado)

Índice de Quadros

QUADRO I - QUADRO DE FREQUÊNCIAS: SEXO.....	84
QUADRO II - IDADE: ESTATÍSTICAS.....	85
QUADRO III – FREQUÊNCIAS: IDADE (CLASSES)	86
QUADRO IV – FREQUÊNCIAS: ESTADO CIVIL.....	86
QUADRO V – FREQUÊNCIAS: PROFISSÃO	86
QUADRO VI – FREQUÊNCIAS: INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS	88
QUADRO VII – FREQUÊNCIAS: TIPO DE ANALGESIA	89
QUADRO VIII – OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LHE O QUE FAZER EM CASO DE SURTIREM COMPLICAÇÕES?.....	90
QUADRO IX – AVALIAÇÃO DA DOR.....	92
QUADRO X – CUIDADOS DOS ENFERMEIROS	95
QUADRO XI – INFERÊNCIA ENTRE SATISFAÇÃO GERAL E A IDADE	99
QUADRO XII – INFERÊNCIA ENTRE SATISFAÇÃO GERAL E A PROFISSÃO.....	100
QUADRO XIII – INTERVENÇÃO CIRÚRGICA (GRUPOS).....	101
QUADRO XIV – INFERÊNCIA ENTRE DOR (GRUPOS) E PROTOCOLO DE ANALGESIA	102
QUADRO XV – INFERÊNCIA ENTRE INFORMAÇÃO ESCRITA E ACOMPANHANTE	105

Índice de gráficos

GRÁFICO I – FREQUÊNCIA: SEXO.....	85
GRÁFICO II – FREQUÊNCIA: IDADE	85
GRÁFICO III – FREQUÊNCIA: IDADE (CLASSES).....	86
GRÁFICO IV – FREQUÊNCIA: ESTADO CIVIL	86
GRÁFICO V – GRAU DE ESCOLARIDADE	87
GRÁFICO VI – FREQUÊNCIAS: FOI FORNECIDO ANALGESIA?	88
GRÁFICO VII – FREQUÊNCIAS: FOI FORNECIDO ANTIBIOTERAPIA?.....	88
GRÁFICO VIII – ACOMPANHANTE DURANTE VINDA À UCA.....	89
GRÁFICO IX – OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LHE O QUE FAZER EM CASO DE SURTIREM COMPLICAÇÕES?.....	90
GRÁFICO X – SATISFAÇÃO: INFORMAÇÃO SOBRE O QUE FAZER EM CASO DE COMPLICAÇÕES .	90
GRÁFICO XI – TEM ALGUMA DÚVIDA SOBRE OS CUIDADOS AO PENSO?	91
GRÁFICO XII – ESTADO DO PENSO.....	91
GRÁFICO XIII – SATISFAÇÃO COM INFORMAÇÃO PARA CUIDADOS AO PENSO.	92
GRÁFICO XIV – AVALIAÇÃO DA DOR. (ESCALA NUMÉRICA DE 0 A 10).....	92
GRÁFICO XV – DÚVIDAS: MEDICAÇÃO ANALGÉSICA.	93
GRÁFICO XVI – SATISFAÇÃO: INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA.	93
GRÁFICO XVII – EM CASA TEM ESTADO BEM-DISPOSTO?.....	94
GRÁFICO XVIII – SATISFAÇÃO DA INFORMAÇÃO: ANTIBIOTERAPIA; ALIMENTAÇÃO; CUIDADOS; ATIVIDADE FÍSICA	94
GRÁFICO XIX – INFORMAÇÃO ESCRITA AJUDOU A LEMBRAR-SE DOS CUIDADOS?	96
GRÁFICO XX – INFORMAÇÃO ESCRITA AJUDOU O SEU ACOMPANHANTE A LEMBRAR-SE DOS CUIDADOS?.....	96
GRÁFICO XXI – SATISFAÇÃO GERAL	97
GRÁFICO XXII – FREQUÊNCIA DE SUGESTÕES.....	97
GRÁFICO XXIII – INFERÊNCIA ENTRE SATISFAÇÃO GERAL E O SEXO.....	98
GRÁFICO XXIV – INFERÊNCIA ENTRE SATISFAÇÃO GERAL E O ESTADO CIVIL.....	99
GRÁFICO XXV – INFERÊNCIA ENTRE SATISFAÇÃO GERAL E A ESCOLARIDADE	100
GRÁFICO XXVI – INFERÊNCIA ENTRE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E PENSO REPASSADO	101
GRÁFICO XXVII – AVALIAÇÃO DA DOR (GRUPOS)	102
GRÁFICO XXVIII – INFERÊNCIA ENTRE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E BEM-DISPOSTO	103
GRÁFICO XXIX – INFERÊNCIA ENTRE A INFORMAÇÃO ESCRITA E O SEXO	104
GRÁFICO XXX – INFERÊNCIA ENTRE INFORMAÇÃO ESCRITA E A IDADE	104

GRÁFICO XXXI – INFERÊNCIA ENTRE INFORMAÇÃO ESCRITA E ESCOLARIDADE.....	105
GRÁFICO XXXII – INFERÊNCIA ENTRE A MÉDIA DA DOR E A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	106

Índice

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	25
1.1.1 <i>Cirurgia de Ambulatório</i>	27
1.1.1.1 História da cirurgia de ambulatório	27
1.1.1.2 Conceitos em cirurgia de ambulatório.....	28
1.1.1.3 Organização e estrutura da cirurgia de ambulatório	31
1.1.1.4 Cuidados de Enfermagem em cirurgia de ambulatório	33
1.1.1.4.1 Pré-Operatório	34
1.1.1.4.2 Intra-Operatório	35
1.1.1.4.3 Pós-Operatório	37
1.1.1.4.4 Alta/Domicílio	39
1.1.2 <i>Informação à pessoa/família/cuidador informal</i>	40
1.2 TEORIZAÇÃO EM ENFERMAGEM NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA.....	43
2. ÉTICA NA INVESTIGAÇÃO	51
3. METODOLOGIA DE PROJETO	55
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	55
3.2. OBJETIVOS.....	58
3.3. PLANEAMENTO	59
3.4. EXECUÇÃO.....	61
3.4.1. <i>Aprofundar os conhecimentos na área da cirurgia do ambulatório e dos ensin</i>	61
3.4.2. <i>Avaliar a satisfação das pessoas em relação à informação que é fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório</i>	65
3.4.3. <i>Identificar as dificuldades referidas pelos enfermeiros no momento dos ensin</i>	74
3.4.4. <i>Discutir com a equipa perioperatória os resultados finais.</i>	75
3.5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
3.5.1 <i>Pesquisa Científica</i>	76
3.5.1.1 Discussão dos resultados da pesquisa científica	82
3.5.2 <i>Questionário de avaliação</i>	84
3.5.2.1 Discussão dos resultados do questionário.....	107

3.5.3 Sessão Plenária	117
3.5.3.1 Discussão dos resultados da sessão plenária	119
4. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	121
5. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	137
6. CONCLUSÃO	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
BIBLIOGRAFIA.....	145
REFERENCIAS ELETRÓNICAS	146
APÊNDICES	153
APÊNDICE I - ARTIGO DO PROJETO	155
APÊNDICE II - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO PROJETO	169
APÊNDICE III – ANÁLISE SWOT.....	175
APÊNDICE IV - PLANEAMENTO DO PROJETO.....	179
APÊNDICE V - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO	191
APÊNDICE VI - PLANO DE SESSÃO PLENÁRIA + TÓPICOS	197
APÊNDICE VII - POWERPOINT DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	201
ANEXOS	215
ANEXO I - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO ORIGINAL	217
ANEXO II – EMAIL: AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DO QUESTIONÁRIO ORIGINAL	223

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação II e em ligação com a Unidade Curricular de Projeto/Estágio, do 1º curso de Mestrado de Mestrado em Enfermagem Perioperatório da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) foi realizado o presente Relatório de Estágio visando a descrição, análise e avaliação de forma crítica de todas as etapas realizadas e vividas durante a realização deste Estágio/Projeto de Intervenção. A realização deste projeto decorreu durante o período de 23 de Setembro de 2013 a 11 de Abril de 2014 completando um total de 360 horas de estágio. Este relatório foi realizado sob a orientação científica do Professor António Freitas e sob a orientação de estágio da Enfermeira Paula Pinto.

Este curso segundo o guia da UC Projeto/Estágio (FERRITO et al., 2012-2013, p.4), “visa proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório)”

Este relatório é importante na medida que podemos dar a conhecer a pertinência do Projeto e todo o caminho percorrido até à fase final de resolução de um problema como neste caso específico no suprimento de uma necessidade do serviço, por falta de dados sobre a qualidade dos cuidados de Enfermagem. A divulgação faz parte do processo de desenvolvimento do projeto, pois favorece o retorno de informação permitindo a adaptação do material realizado, da abordagem, do método, ou seja, de todo o processo realizado. Este projeto terá uma divulgação desde o primeiro momento, diagnóstico de situação, até à fase final de avaliação do projeto. Desta forma o relatório é de extrema importância pois mostra todo o caminho realizado, assim como a reflexão crítica do mesmo, podendo desta forma ajudar o leitor a poder continuar, modificar e trabalhar nesta área tendo em consideração uma experiência real. Este relatório apresenta também uma componente de reflexão, onde é possível refletir sobre o caminho percorrido. Este trabalho deverá refletir as aprendizagens, o decurso e os resultados de todo o processo, assim como as aprendizagens e competências desenvolvidas.

Durante este Estágio, para a Unidade Curricular de Investigação II, foi necessário realizar um Projeto de Intervenção no contexto em Estágio, neste caso no Bloco Operatório de Ortopedia dum Hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo, projeto esse que fosse ao encontro de suprir uma necessidade do serviço, que neste caso foi avaliar a

satisfação da pessoa/cuidados informal em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório. Este objetivo promove a reformulação de documentos informativos, ensinamentos, cuidados e dinâmicas realizados contribuindo na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados às pessoas submetidas em cirurgia de ambulatório.

O Objetivo maior do Projeto de estágio é de contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório. Para alcançar este objetivo foram definidos objetivos específicos, mais detalhados:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a cirurgia de ambulatório;
- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a satisfação e a informação fornecida para os cuidados após alta na cirurgia de ambulatório;
- ✓ Descrever a informação relevante sobre a Cirurgia de Ambulatório, informação para cuidados pós alta e a satisfação das pessoas;
- ✓ Explicitar o desenvolvimento e todo o processo realizado para a elaboração do Projeto de Intervenção;
- ✓ Explicitar os resultados e as conclusões do Projeto;
- ✓ Discutir o impacto do Projeto no futuro do serviço após o estágio;
- ✓ Analisar o nosso desenvolvimento profissional à luz das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória;
- ✓ Elaborar artigo científico que reflita o processo e os resultados do presente Projeto (apêndice I).
- ✓ Apresentar o resultado final (documentos) de todo o processo realizado para a realização do Projeto de Intervenção.

Sendo um projeto trabalhado na área da cirurgia de ambulatório é importante conhecer esse conceito de forma a estar enquadrado no mesmo. Segundo Diário da República, 1.ª série — N.º 21 Portaria 132/2009, Artigo 3º — 30 de Janeiro de 2009 a Cirurgia de Ambulatório é uma intervenção cirúrgica programada procurando que a pessoa seja operada em segurança em instalações próprias ou inserida num bloco operatório com o objetivo da pessoa ter alta num período inferior a 24 horas. Este conceito tem como objetivo que a pessoa entre na instituição de saúde, seja operada e saia em segurança no mesmo dia. Contudo existe a possibilidade da pessoa pernoitar na instituição de saúde tendo alta antes das 24 horas de internamento.

O Relatório de Projeto está dividido em sete capítulos. No primeiro a introdução onde está a contextualização do trabalho, como os objetivos e a divisão do mesmo, de modo a ter uma primeira abordagem do que é este Relatório de Projeto. No segundo capítulo está o enquadramento teórico do Projeto onde se apresenta um vasto conteúdo teórico no âmbito da Enfermagem Perioperatória, da Cirurgia de Ambulatório e da Informação para os cuidados após a alta. Neste mesmo capítulo é apresentada uma relação entre o Perioperatório e uma teórica de Enfermagem, teoria de Betty Neuman. No capítulo três é abordado de forma resumida a ética em enfermagem e em trabalhos de investigação. O quarto capítulo representa todo o processo metodológico utilizado durante este Projeto de Estágio. A metodologia utilizada neste documento foi a metodologia de projeto, que compreende 5 subcapítulos. O primeiro subcapítulo representa o diagnóstico de situação e a descrição de toda a fase inicial deste projeto de intervenção. Neste capítulo é apresentado o enquadramento do Projeto no serviço, com uma pequena descrição do mesmo. O subcapítulo seguinte denomina-se de Objetivos, onde é referenciado os vários objetivos levantados para a realização do Projeto de Intervenção. O terceiro subcapítulo é referente ao planeamento do Projeto onde está destacado o planeamento para toda a fase de realização deste trabalho. No quarto subcapítulo irá estar a descrição de todo o processo realizado, ou seja, terá a exposição de toda a prática realmente realizada para a execução do Projeto. Por fim mas não menos importante irá estar os resultados e a discussão de tudo o que foi realizado, devendo ser avaliado o produto final. Posteriormente ao capítulo da metodologia e em quinto irá estar a análise das competências de Enfermeiro Mestre em Enfermagem Perioperatória. No sexto capítulo é apresentada uma pequena abordagem às implicações do trabalho em enfermagem. Por fim do trabalho a conclusão onde se remata todo o trabalho realizado.

Ao longo deste trabalho foi procurado seguir os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação que segundo NUNES (2013, p.5) incluem “a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos humanos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo”

Em ligação á ética e fazendo a ponte para a investigação A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006, p.1) na sua tomada de posição para a Investigação em Enfermagem refere que: “A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que

apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros.”

A realização do Projeto assim como a ação durante o estágio foi realizado tendo como base os princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Como refere NUNES (2013) os Enfermeiros devem salvaguardar sempre os direitos humanos, realizando cuidados de Enfermagem adequados com os recursos disponíveis e sempre de acordo com a ética.

Na fase inicial deste trabalho destacamos o Artigo 76º, ponto 1 alínea a) do CDE que refere os “Os membros efectivos estão obrigados a: a) exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (NUNES et al., 2005 p.35).

Ainda em destaque colocamos o ponto 5 do Artigo 9º do REPE que refere que “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.” ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012, p.19).

Com base nestes artigos é sublinhado a importância de os Enfermeiros trabalharem para a prática científica procurando sempre a melhoria dos cuidados baseados na investigação.

Ao longo deste trabalho optou-se pela terminologia de “pessoa” quando nos referimos à pessoa submetida à cirurgia. Apesar de inúmeros conceitos utilizados como utente, cliente ou até doente, escolhemos a denominação “pessoa” por ser uma expressão que engloba todo o conceito de individuo. Vários autores apresentam justificativas para outras denominações, bem fundamentadas e até com pressupostos que concordamos, no entanto e seguindo os quatro pressupostos das teorias de enfermagem (Pessoa, Enfermagem, Saúde e Ambiente) decidimos utilizar pessoa.

As referências ao longo deste trabalho, assim como as referências bibliográficas colocadas no final seguirão as regras da Norma Portuguesa 405.

O Relatório de Estágio está redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. Enquadramento Teórico

Em seguida neste capítulo será apresentado um enquadramento teórico dos temas mais importantes para o desenvolvimento deste projeto de enfermagem inserido na temática da Enfermagem Perioperatória, de forma a compreender melhor os conceitos inseridos neste tema. Anteriormente a qualquer trabalho o investigador deve conhecer o que já foi redigido por outros autores de forma a estar enquadrado e trabalhando com suporte teórico desenvolvido.

1.1 Enfermagem Perioperatória

Anteriormente ao termo de enfermagem perioperatória enunciada pela primeira vez pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN) do conceito de enfermagem perioperatória e referindo o documento da Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État (UNAIBODE, 2001) a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) em 1951 define os componentes de qualidade dos cuidados que a enfermagem perioperatória anos mais tarde se baseia procurando a acreditação dos cuidados. Estes componentes são:

- Segurança;
- Eficácia;
- Carácter apropriado;
- Prestação no momento próprio;
- Continuidade;
- Aceitabilidade;
- Acessibilidade;
- Eficiência.

No passado o termo utilizado era de enfermagem de sala de operações, que se restringia à fase pré-operatória imediata, intra-operatório e pós-operatório da experiência cirúrgica. Atualmente a enfermagem perioperatória engloba os três momentos, pré, intra e pós-operatório da cirurgia e de outros procedimentos invasivos, utilizando o processo de enfermagem nos seus cuidados. Neste contexto o enfermeiro trabalha em complementaridade com outros profissionais, com comportamentos independentes e interdependentes (ROTHROCK, 2008).

Segundo a AORN em 1978 enuncia pela primeira vez o conceito de Enfermagem Perioperatória: “A função Perioperatória do enfermeiro de sala de operações consiste nas actividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases de pré, intra e pós operatórias da experiencia cirúrgica do doente.” (AESOP, 2006, p.6).

Neste mesmo ano a AORN define a função do Enfermeiro Perioperatória, actualizando-a mais tarde em 1998: “identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em pratica um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do individuo antes, durante e após a cirurgia.” (AESOP, 2006, p.9).

Neste mesmo ano a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses define como cuidados perioperatórios: “Conjunto de actividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta à necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo.” (AESOP, 2006, p.9).

A enfermagem perioperatória possibilita que os profissionais aprendam num ambiente cirúrgico propicio à integração de novos conhecimentos tanto a nível pratica como teórico (MANLEY et al., 2003). O mesmo autor refere que a capacidade de desenvolver uma visão partilhada neste ambiente perioperatório, propicia uma adequada implementação garantindo serviços cirúrgicos adequados com reconhecimento dos vários profissionais como prestadores de cuidados de saúde de qualidade.

Em Enfermagem Perioperatória é necessário um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos para a excelência na prática realizada pelo Enfermeiro. Este nas várias etapas reconhece a importância de avaliar as necessidades das pessoas, de planear cuidados, executa-los e avaliando-os apreciando os resultados obtidos, isto é, de realizar o Processo de Enfermagem (AESOP, 2006).

Atualmente a enfermagem perioperatória é reconhecida e desenvolvida nos hospitais, nos serviços de cirurgia de ambulatório, nos serviços de endoscopia, serviços com prática com laser, serviços de radiologia invasiva, etc. Em todos eles o enfermeiro deve aplicar o processo de enfermagem respeitando as várias etapas: Avaliação inicial (histórico), diagnósticos de enfermagem, identificação de resultados, planeamento, execução/implementação e avaliação final (evolução) (ROTHROCK, 2008).

O mesmo autor citado anteriormente conclui referindo que o enfermeiro perioperatório atua em colaboração com os outros profissionais assegurando a alta qualidade dos cuidados. Este exerce um papel de liderança na promoção da parceria,

criatividade e colaboração entre várias disciplinas (cuidar, curar, teoria, ética e prática). Estes ainda cuidam com base em práticas recomendadas, roteiros de orientação avaliando o seu trabalho e aperfeiçoando-o com base numa investigação continua.

1.1.1 Cirurgia de Ambulatório

1.1.1.1 História da cirurgia de ambulatório

Apesar de existirem referencias no inicio do século XX de cirurgia de ambulatório com trabalho de James Nicoll (1864-1921), foi só na década de 60 que nos EUA, com David Cohen e John Dillon que introduziram um principio que preside a cirurgia de ambulatório, que é a segurança. “Quando é realizada uma boa selecção dos doentes pelo Cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo Anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento” (DGS, 2000, p.5).

Na atualidade a cirurgia de ambulatório representa em muitos países mais de metade dos doentes operados em cirurgia programada. Nos EUA (75%), Suécia (70%), Canadá (65%), Noruega (61%), Dinamarca (61%), Reino Unido (60%), e Holanda (58%). Outros países encontram-se bem perto desse objetivo: Itália (49%), Finlândia (47%), Austrália (47%) ou Bélgica (43%) (CNADCA, 2008; CORREIA, 2009/2010).

No relatório Final de 2008 da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório é apresentado dois gráficos em que é possível comparar Portugal com outros países do mundo nomeadamente em relação à realização de hernioplastia e cataratas realizadas em regime de ambulatório. Através destes gráficos é possível perceber que temos ainda um longo caminho pela frente, na organização e no desenvolvimento da cirurgia de ambulatório (CNADCA, 2008).

Referindo o mesmo autor, em Portugal a cirurgia de ambulatório tem uma história de poucas décadas, remontando o seu início à década de 90, onde se destaca Hospitais Geral de Santo António, no Porto, e São Pedro, em Vila Real, que procuraram desenvolver programas organizados de regime de ambulatório, sendo seguidos por outras instituições. No final desse século a expressão da cirurgia de ambulatório não era superior a 5,5% segundo inquérito Nacional Hospitalar sobre a atividade cirúrgica.

Segundo MANLEY et al., (2003) tem-se assistido a sucessivos avanços e recos na cirurgia de ambulatório, nomeadamente ao nível da quantidade de intervenções realizadas, estando esse fenómeno relacionado com as fragilidades dos sistemas de contração das autoridades de saúde.

Conforme o historial da Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), esta foi criada em Setembro de 1998, associação sem fins lucrativos, com o objetivo de formar, ensinar e divulgar a cirurgia de ambulatório.

Segundo CNADCA (2008) em Abril de 2000 a Direção Geral da Saúde publicou um documento onde se procura de forma resumida estabelecer os princípios gerais e as recomendações para o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório.

Apesar das dificuldades, já referidas anteriormente, inerentes ao desenvolvimento da cirurgia de ambulatório, existiu um aumento de 7,1% em 2001 para 22% em 2005 do número de cirurgia realizadas em cirurgia de ambulatório (CNADCA, 2008).

A evolução tem sido significativa e acentuando-se nos últimos anos. No IV inquérito Nacional de Cirurgia de Ambulatório realizada pela APCA verificou-se um aumento de 4,7% de 2005 para 2006. Nessa altura o objetivo para 2009 era de aumentar a percentagem para 50% de cirurgias programadas realizadas em cirurgia de ambulatório (CORREIA, 2009/2010).

1.1.1.2 Conceitos em cirurgia de ambulatório.

Segundo Diário da República, 1.^a série — N.º 21 Portaria 132/2009, Artigo 3º — 30 de Janeiro de 2009 a Cirurgia de Ambulatório é uma “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas”.

Outros autores como MANLEY et al., (2003, p.297) adotaram a descrição da Commission on the Provision of Surgical Services 1992 que refere que “Um caso de Cirurgia Ambulatória (Day Surgery) é um doente que é admitido no hospital para investigação ou cirurgia, num contexto electivo de não residência hospitalar, mas que requer instalações para recuperação. O procedimento não deve requerer uma noite de internamento no hospital”.

A cirurgia de ambulatório reúne vantagens clínicas económicas e sociais permitindo um tratamento cirúrgico personalizado, particularmente humanizado, com elevada segurança e qualidade, diminuindo também a incidência de infeção. Sendo um regime com admissão e alta em menos de 24 horas diminui o desconforto e promove uma mais rápida integração social. As situações de possível utilização da cirurgia de ambulatório têm aumentado devido ao grande desenvolvimento anestésico e controlo da dor, assim como de técnicas minimamente invasivas (PINTO et al., 2005).

De acordo com vários autores e em adequação ao referido anteriormente o grande desenvolvimento da cirurgia de ambulatório deve-se ao enorme avanço nas diversas especialidades implicadas, dando grande importância ao desenvolvimento da anestesiologia. Novos fármacos halogenados, analgésicos, relaxantes musculares, assim como com os avanços nos dispositivos de manutenção das vias aéreas, foram fulcrais para o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório, onde a pessoa é submetida a uma anestesia e cirurgia e volta para casa no mesmo dia em segurança (CASEIRO, et al 2013; BARNES, 2001).

Hoje a cirurgia em regime de ambulatório é nos países desenvolvidos a área de maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos (CORREIA, 2009/2010).

A cirurgia de ambulatório traduz-se num modelo organizado centrado na pessoa com objetivo de incremento da qualidade, com alta personalização, apresentando um grande sucesso desde a sua criação.

Deste modo, segundo a AESOP, (2006) através da cirurgia de ambulatório os benefícios psicológicos, sócio-familiares e económicos são evidentemente superiores à cirurgia convencional. Na cirurgia em regime de ambulatório o tratamento cirúrgico é mais rápido, assim como o período pós-operatório mais personalizado, pois as pessoas permanecem pouco tempo no hospital, não se afastando do seu quotidiano. Neste regime a pessoa e seus familiares/amigos são participantes ativos no plano de cuidados.

Torna-se perceptível que modelo apresenta muitas vantagens tanto para a pessoa como para o hospital e sociedade envolvente. Algumas das vantagens são:

- Baixa incidência de complicações;
- Redução das listas de espera, com melhoria do acesso das pessoas à cirurgia;
- Tratamento e recuperação mais rápida;
- Recuperação mais satisfatória e personalizada;
- Rápida integração no quotidiano;
- Forte racionalização da despesa nos hospitais;
- Aumento de vagas disponíveis para outras pessoas com situações mais graves;
- Entre outras. (LEMOS et al., 2006; CNADCA, 2008)

A grande maioria das especialidades cirúrgicas pode ser realizada em regime ambulatório. Por exemplo: Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Cirurgia Oral, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Hematologia e Cirurgia Vascular (AESOP, 2006).

Segundo a AESOP (2006) existem três modelos estruturais e funcionais de Unidades de Cirurgia de Ambulatório:

- Centro Autónomo: Exclusividade de cirurgia de ambulatório. Necessidade da existência de um hospital de retaguarda para casos de internamento cirúrgico para maior vigilância por alguma complicação.
- Centro Adjacente ao hospital: Espaço físico situado dentro de uma instituição hospitalar onde se realizam exclusivamente cirurgia de ambulatório.
- Centro Misto: Realização de cirurgia de ambulatório e convencional.

Apesar das vantagens e de todos os ganhos existem critérios de seleção de doentes, ou seja, nem todas as pessoas podem ser operadas em cirurgia de ambulatório. Existem critérios de admissibilidade que deverão ser adaptados às características de cada hospital, contudo as recomendações mínimas são (DGS, 2000):

- Critérios Sociais:
 - Aceitação de ser operado nas condições oferecidas;
 - Transporte assegurado em veículo automóvel;
 - Área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância adequada;
 - Condições de adequada habitabilidade do local de pernoita;
 - Acesso a comunicação (telefone);
 - Assegura companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas;
- Critérios Clínicos:
 - Idealmente ASA I ou ASA II. Outros autores como MANICA (1994) referem que pessoas com ASA III e IV podem ser candidatos a cirurgia de ambulatório, desde que seja do conhecimento dos profissionais o tipo de patologia, grau de acometimento e nível de controlo da patologia.
 - Estabilidade clínica e psíquica;
 - Intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos)
 - Desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

Existem outros autores como MANLEY et al. (2003), que apresentam outros critérios de seleção das pessoas para cirurgia de ambulatório, contudo estes critérios vão de encontro aos critérios gerais apresentados anteriormente. Na cirurgia de ambulatório deve-se observar caso a caso, havendo uma personalização da situação clínica,

procurando sempre propor o melhor tratamento e procurando a excelência na segurança da pessoa.

Além dos critérios “anestésicos” é importante identificar os critérios “cirúrgicos”, ou seja, segundo CASEIRO, et al (2013), deve-se identificar os fatores cirúrgicos como intervenções cirúrgicas com perdas sanguíneas mínimas e sem necessidade de cuidados pós-operatórios especializados e o consentimento de anestesiologia. MANICA, et al. (1994) em concordância refere que devem ser evitados para cirurgia de ambulatório procedimentos cirúrgicos com elevado índice de complicações cirúrgicas pós-operatórias, cirurgias com perdas sanguíneas consideráveis ou em que as reposições sanguíneas autólogas sejam frequentes, cirurgias que requeiram uma analgesia pós-operatória potente ou em que seja necessária uma imobilização prolongada, assim como pessoas que residam longe do hospital ou que se encontrem desacompanhadas, conforme refere a AESOP, (2006).

Segundo a DGS citado no livro da AESOP (2006, p.345) quando é realizada uma boa selecção dos doentes pelo Cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo Anestesista, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento.

1.1.1.3 Organização e estrutura da cirurgia de ambulatório

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) deve obedecer às regras de um bloco operatório convencional, assim como às de um serviço de ambulatório. Conhecendo estas duas realidades parece ser um trabalho muito complexo e árduo. Num Bloco convencional é preciso garantir a assepsia, assegurando percursos diferenciados e sequenciais. Num serviço de ambulatório é necessário garantir a ligação ao exterior e o acompanhamento das pessoas por familiares ou amigos. Num bloco a pessoa é internada no dia anterior à cirurgia e sai no dia depois. Na unidade de ambulatório a pessoa chega ao serviço no dia que é operada e sai no mesmo dia (podendo pernoitar até um máximo de 23 horas) (COUTINHO, 2009).

Observando esta informação e segundo o autor anterior é necessário três áreas para formar uma UCA:

- Zona de receção/espere/consulta;
- Zona cirúrgica;
- Zona de recobro.

Segundo a AESOP (2006) o espaço físico de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório deve contemplar:

- Área de recepção/Admissão;
- Gabinete de consulta;
- Sala de espera para a pessoa e sua família;
- Vestiário para as pessoas;
- Sala de preparação pré-operatória;
- UCPA (fase 1 e 2);
- Sala de Operações;
- Espaço exterior para estacionamento automóvel para a pessoa/acompanhante;

Percebendo as áreas apresentadas é necessário igualmente formar circuitos próprios e diferenciados, com uma sequência lógica e conhecendo as funções, os comportamentos e as intervenções realizadas em cada uma das zonas. Os circuitos necessários são:

- Circuito das pessoas (utentes);
- Circuito de acompanhantes;
- Circuito dos profissionais;
- Circuito de limpos;
- Circuito de sujos;

Para a criação de uma UCA e para conhecer todos os seus detalhes é necessário perceber bem cada zona e conhecer e organizar bem cada circuito para que não haja sobreposição.

A UCA deve ser constituída por uma equipa multidisciplinar, englobando médicos-cirurgiões, médicos anestesistas, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais. Deverá ter um elemento coordenador, mesmo que este não trabalhe exclusivamente neste serviço. O desenvolvimento de competências na área relacional e o investimento de toda a equipa são aspectos fundamentais para a garantia da prestação de cuidados específicos e individualizados, dadas as condições de realização dos procedimentos cirúrgicos (internamento de curta duração e acompanhamento obrigatório de um adulto responsável). O desenvolvimento de competências técnicas assume um papel determinante no sucesso do programa cirúrgico, através do conhecimento e domínio das técnicas e recursos utilizados (AESOP, 2006, p.345).

1.1.1.4 Cuidados de Enfermagem em cirurgia de ambulatório

Os cuidados de enfermagem em cirurgia de ambulatório regem-se pelos mesmos princípios da cirurgia convencional, ou seja, os princípios são gerais a qualquer bloco operatório. Estes devem-se basear no conceito de Enfermagem Perioperatória como refere a AESOP (2006, p.356): O conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual o Enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado.

Segundo ROTHROCK (2008) a Enfermagem Perioperatória no âmbito da cirurgia de ambulatório incorpora todos os elementos dos padrões da AORN e as práticas seguras estabelecidas pela JCAHO. Os padrões da AORN são:

- Padrões de prática clínica e perioperatória:
 - Avaliação Inicial;
 - Diagnóstico de Enfermagem;
 - Identificação dos Resultados;
 - Planeamento;
 - Implementação;
 - Avaliação Final.
- Padrões de desempenho profissional perioperatório:
 - Qualidade de prática;
 - Avaliação da prática;
 - Educação;
 - Formação;
 - Colaboração;
 - Ética;
 - Prática baseada na evidência;
 - Utilização de recursos;
 - Liderança.

Com base no conhecimento do conceito de Enfermagem Perioperatória o Enfermeiro vai desenvolver-se ao em três fases operatórias, independentemente do modelo de organização (AESOP,2006):

- Período Pré-Operatório: Consulta de Enfermagem e acolhimento da unidade;
- Período Intra-Operatório: Sala de Operações;
- Período Pós-Operatório: UCPA e no domicílio.

1.1.1.4.1 Pré-Operatório

Numa primeira parte o enfermeiro realiza uma consulta de enfermagem, estabelecendo uma relação de empatia e de ajuda com a pessoa e/ou família. Nesta fase a pessoa é informada sobre os cuidados e informações relativas à fase do pré, intra e pós-operatório, isto é, uma pessoa adulta deve receber toda a informação necessária para o seu consentimento esclarecido em todo o processo (AESOP, 2006). Segundo ROTHROCK (2008) a avaliação pré operatória pode ser completada de várias formas como por exemplo entrevistas conduzidas por telefone e questionários. Muitos serviços de saúde têm páginas *online* onde as pessoas podem fazer uma “visita” virtual pelo serviço. Esta avaliação prévia e este acompanhamento personalizado deve ser feito de forma organizada, rigorosa levando ao aumento da satisfação da pessoa, reduzindo atrasos ou cancelamentos cirúrgicos.

Em suma e segundo a AESOP (2006) a consulta de enfermagem tem como objetivo:

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas da pessoa;
- Descrever procedimentos anestésico-cirúrgicos;
- Envolver a família ou pessoa significativa no plano de assistência;
- Fornecer documentação importante para orientação da pessoa;
- Realizar ensinos: período pós-operatório, alta hospitalar;

Estes aspetos vão de encontro ao relatado por MANICA et al. (1994), que defende que a preparação pré-operatória proporciona uma tripla vantagem, pois oferece tempo à pessoa e sua família para falarem sobre o assunto, familiarizando-se com o ambiente, não sendo este totalmente estranho no dia da cirurgia, diminuindo também a incidência de cancelamento de cirurgias por má preparação ou má avaliação.

O momento do acolhimento corresponde a um momento de grande stresse e ansiedade para a pessoa e sua família, pelo que é importante que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda, de empatia, terapêutica com aquelas pessoas. Tal como MANLEY et al. (2003, p.309) referem esta pode ser uma ocasião de muita tensão para os doentes: estão ansiosos com a cirurgia iminente e com as eventuais sequelas; tentam adaptar-se a um ambiente que não lhes é familiar; e continuam a pensar a que

horas é que irão para a sala de operações. Já se demonstrou, que este tempo de espera é uma das maiores fontes de preocupação para os doentes (Cripps & Bevan 1996, Malster et al 1998), e é importante que os profissionais da equipa reconheçam isto e tentem minimizar a ansiedade dos doentes, mantendo-os informados de quaisquer progressos ou atrasos na lista de operações.

O acolhimento corresponde ao momento em que o Enfermeiro deve validar o ensino realizado na consulta de Enfermagem, assim como o consentimento relativamente aos procedimentos que irão ser efetuados, identificando outras necessidades que a pessoa apresente (AESOP, 2006). Neste momento a pessoa também é observado pelo cirurgião que o vai intervencionar, para o caso de ser necessário discutir ainda algum aspeto, esclarecer dúvidas que possam permanecer, ou proceder à marcação da região que vai ser operada; e pelo anestesiológista para verificação das condições anestésicas e avaliação da eventual necessidade de administração de medicação ou monitorização pré-operatória (MANLEY et al., 2003).

Segundo ROTHROCK (2008) a avaliação de enfermagem perioperatória vai incluir:

- Observação e avaliação do comportamento físico e psicossocial geral, alterações sensitivas e da perceção, condição emocional, interação com a família e cooperação com as instruções pré-operatórias;
- Sinais vitais básicos;
- Verificação de valores laboratoriais necessários, raios x, história e exame físico;
- Administração de medicações pré-operatórias conforme prescritas;
- Avaliação da ansiedade e apreensão relativa ao procedimento cirúrgico iminente.
- Avaliação do conhecimento do paciente quanto ao procedimento cirúrgico iminente, recuperação e cuidados pós-operatórios.
- Avaliação das expectativas do paciente quanto ao controle da dor e conduta pós-operatória.
- Desenvolvimento de um plano de cuidados apropriado.

1.1.1.4.2 Intra-Operatório

Em relação aos cuidados de enfermagem nesta fase, estes são idênticos aos cuidados prestados na cirurgia convencional, com aumento na comunicação entre os profissionais da SO e da UCPA, visto o tempo de internamento ser relativamente curto.

Segundo a AESOP, (2006) a prestação de cuidados de enfermagem deve ter em consideração os seguintes aspetos:

- Identificação completa da pessoa;
- Comunicação verbal e não-verbal da pessoa;
- Conforto e bem-estar;
- Monitorização os sinais vitais;
- Posicionamento;
- Administração de terapêutica;
- Vigilância de alteração do estado de consciência e hemodinâmico;
- Perceção da dor;
- Manutenção da segurança;
- Prevenção da infeção.

MANICA (1994) refere que o método ideal em relação à anestesia deve apresentar um início rápido e suave, boa analgesia e amnésia intra-operatória, ótimas condições cirúrgicas e recuperação rápida, agradável e isenta de efeitos secundários indesejados.

Existem outras alternativas à anestesia geral: a anestesia local e a anestesia regional, sendo esta última utilizada igualmente para a analgesia pós-operatória. Estas anestésias têm como vantagens uma alta hospitalar mais rápida, menor incidência de náuseas e vômitos e de aspiração e melhor analgesia residual (MANICA, 1994). No caso de utilização destas anestésias é importante adaptar os critérios de alta da pessoa e deve ser realizado o ensino sobre possíveis alterações da força e da sensibilidade devido aos bloqueios motores e sensitivos (MANLEY et al., 2003).

Durante a anestesia, o enfermeiro é responsável pela monitorização da pessoa relativamente a presença de efeitos colaterais, como alterações no sistema nervoso central, no sistema cardiovascular, hipersensibilidade aos fármacos e reação tóxica por elevada dose do agente anestésico.

Relativamente ao posicionamento cirúrgico, também aqui se deve providenciar um posicionamento correto e seguro, sem risco de lesões. Apesar deste tipo de intervenção cirúrgica ser rápida e a deambulação da pessoa ser precoce este apresenta sempre um risco de desenvolver úlceras de pressão mesmo que seja um risco mínimo. Deste modo salienta-se a importância da avaliação pré-operatória na identificação de riscos potenciais para a pessoa, nomeadamente pessoas com patologias pré-existentes que podem dificultar ou mesmo impedir o posicionamento ideal, aumentando o risco de morbilidade (MANLEY et al., 2003).

1.1.1.4.3 Pós-Operatório

O período pós-operatório pode ser dividido em primeira fase e segunda fase. Conforme ROTHROCK (2008), refere a primeira fase é a recuperação da anestesia e a segunda fase é a etapa de readaptação ao ambiente onde a pessoa é encorajada a sentar, andar de pé, urinar e deambular.

De acordo com CASEIRO, et al. (2013) a recuperação dos clientes de cirurgia de ambulatório é efetuada num recobro pós-cirúrgico específico para o tipo de programa cirúrgico em causa. Posteriormente a pessoa terá alta para o domicílio, respeitando um conjunto de critérios definidos, na procura da segurança e bem-estar da pessoa que vai deixar de estar sob vigilância por parte dos profissionais de saúde.

O tempo de internamento na UCPA varia consoante o tipo de cirurgia e anestesia a que a pessoa foi submetida. Este tempo depende igualmente do restabelecimento das funções vitais: estabilidade hemodinâmica, ausência de depressão respiratória, orientação espaço-temporal, tolerância à ingestão de líquidos, ausência de náuseas ou vômitos, hemorragia e dor e ser capaz de urinar, de deambular e vestir-se (AESOP, 2006).

Para a prevenção e tratamento, nomeadamente da Dor e das Náuseas e Vômitos a Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) apresente dois documentos de recomendações:

- Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia de ambulatório.
- Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vômitos em Cirurgia de Ambulatório

A dor e o seu controlo a nível agudo no pós-operatório é um dos aspetos mais importantes na satisfação e na qualidade inerente à UCA. Apesar dos avanços farmacológicos e tecnológicos, a dor é ainda um sintoma pós-operatório muitas vezes referido. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais e um direito das pessoas. O êxito do controlo da dor deve-se através duma atuação organizada, com medidas protocoladas e programas de ação multidisciplinar (APCA, 2013).

A analgesia de eleição para o tratamento e prevenção da dor é a analgesia multimodal (ou balanceada), que consiste na administração de vários fármacos analgésicos opióides e não opióides que tem a sua atuação em locais diferentes, quer no sistema central quer no periférico, melhorando o controlo da dor e diminuindo os efeitos laterais indesejáveis dos opióides. Além das medidas farmacológicas é de referir também

as medidas não farmacológicas como a imobilização/mobilização, a massagem, crioterapia, acupuntura, treino de habilidades de coping, técnicas de relaxamento, terapia ocupacional, toque terapêutico e medidas de conforto (APCA, 2013).

As náuseas e os vômitos são atualmente apontadas como uma das complicações mais frequentes em cirurgia de ambulatório com uma incidência de 30% a 70% dos doentes submetidos a anestesia geral. Esta situação aumenta o desconforto e a insatisfação da pessoa. Além do impacto psicológico na pessoa tem também impacto a nível fisiológico com risco acrescido de hemorragia pós-operatória, deiscência de sutura, desequilíbrio hidro-electrolítico e de descompensação de patologia associada como hipertensão arterial, ou insuficiência renal. As náuseas e vômitos têm grande ocorrência em pessoas já após a alta, não tendo ocorrido anteriormente, sendo desta forma, muito importante a identificação de pessoas com risco aumentado (APCA, 2012).

Segundo MANLEY et al. (2003), este risco encontra-se aumentado nos clientes do sexo feminino, obesos, ansiosos, com predisposição para náuseas e vômitos e de acordo com o tipo de cirurgia e terapêutica opiácea administrada para analgesia. No que diz respeito ao tipo de cirurgia consideram-se as mais propensas a este tipo de complicação as cirurgias de laparoscopia, correção de estrabismo, orquidopexia e interrupção voluntária da gravidez, designada por aborto terapêutico.

Em relação à dispensa de medicamentos esta está designada no Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de Janeiro posteriormente alterada pelo Decreto-Lei n.º 75/2013 de 4 de Junho, onde no artigo 2º ponto 1) se afirma que os estabelecimentos e os serviços prestadores de cuidados de saúde abrangidos pelo presente decreto-lei dispensam, através dos eus serviços farmacêuticos medicamentos para tratamento, sempre que tal se revele necessário por razões clínicas resultantes dos procedimentos de cirurgia de ambulatório. No mesmo artigo mas no ponto 4) é destacado que a quantidade de medicamentos dispensados não pode ser superior à necessária para sete dias de tratamento após a intervenção cirúrgica.

A mobilização precoce sendo outro dos aspetos importantes para a alta da pessoa. Esta deve ser iniciada assim que a pessoa se sinta capaz de levantar e tolerar o levantar, sendo tal efetuado sob supervisão para o caso de se verificar uma resposta vasovagal (MANLEY et al., 2003). Após a alta é de referir a proibição de ingestão de álcool, condução de veículos ou outra maquinaria.

Em suma e resumindo, segundo ROTHROCK (2008, p.1058), os cuidados de Enfermagem pós-operatórios aplicáveis às fases 1 e 2 são:

- Avaliar a respiração/ventilação inadequada relacionada com a anestesia ou obstrução das vias aéreas;
- Monitorizar risco de volume hídrico deficiente relacionado com a anestesia ou com a hipovolemia;
- Monitorizar lesão relacionada com o delírio da recuperação;
- Monitorizar dor (destaque de pesquisa);
- Monitorizar náuseas e vômitos relacionados com a anestesia ou ao procedimento cirúrgico;
- Proteger áreas dessensibilizadas pela administração de um anestésico local;
- Monitorizar alteração da circulação relacionada com o procedimento cirúrgico, curativo ou aparelho gessado;
- Incentivar a deambulação precoce e a ingestão progressiva de líquidos, conforme apropriado;
- Documentar plano de cuidados de acordo com a política do estabelecimento e o procedimento;
- Fortalecer e rever instruções por escrito apropriadas de alta.

1.1.1.4.4 Alta/Domicílio

No dia seguinte, isto é, 24 horas após a intervenção cirúrgica, a pessoa é contactada telefonicamente para avaliar-se a sua situação pós-operatória. Através deste telefonema, o enfermeiro avalia a situação de saúde da pessoa, proporcionando a continuidade dos cuidados. Neste momento averigua-se possíveis complicações, registando essa informação no processo do cliente, assim como reforça ensinamentos e esclarece dúvidas, para além de avaliar a eficácia dos protocolos de analgesia pós-operatória e o grau de satisfação do cliente – indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006).

Segundo LIMA (2006) as primeiras 48 horas são as que exigem maior vigilância, dado ser neste espaço de tempo que aparecem a maioria das complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico. O contacto telefónico torna-se assim um instrumento importante de controlo e despiste de complicações, assim como de avaliação da eficácia e da qualidade dos cuidados. O mesmo autor refere que nesse telefonema deve-se pesquisar (LIMA, 2006, p.20) “A resposta à terapêutica analgésica; Presença de sinais e sintomas de complicações infecciosas, (febre; rubor, calor, edema/tumefacção e dor no

local intervencionado); Presença de hemorragia no local intervencionado; Sinais de compromisso circulatório; Alterações da eliminação intestinal e vesical; Tolerância à ingestão hídrica e alimentar; Cumprimentos das restrições inerentes ao tipo de cirurgia efectuada; Grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados de enfermagem prestados.”

Em algumas instituições, um mês após a intervenção cirúrgica é realizado um questionário de satisfação ao cliente, para avaliação da sua opinião e nível de satisfação relativamente ao seu percurso na Unidade de Cirurgia de Ambulatório, como referido em CASEIRO et al. (2003).

1.1.2 Informação à pessoa/família/cuidador informal

Apesar de este capítulo poder ser inserido no capítulo da Cirurgia de Ambulatório, foi colocado à parte de forma a destacar o tema, que tem grande importância para o presente projeto.

Em relação à informação fornecida pelos enfermeiros o autor MANLEY et al. (2003, p.315) destaca que em cirurgia de ambulatório “uma das principais causas da insatisfação do doente com a prestação de cuidados de saúde é a preparação inadequada (Malin & Teasdale 1991). Meredith & Wood defenderam que os profissionais de saúde têm que ser mais explícitos na descrição do episódio da Cirurgia Ambulatória, para que os doentes, quando enfrentam o processo, estejam melhor preparados. Isto é particularmente necessário quando o contacto com os profissionais de saúde é breve e intenso (Neve 1995). É importante recordar que entrar no hospital pode ser uma fonte de ansiedade e de ameaça, e que a quantidade de stress vivido é independente da dimensão da cirurgia a que vai ser submetido (Long & Phipps 1985), As pessoas que gozam de boa saúde física ficam mais ansiosas com a entrada no hospital do que as que não estão bem de saúde.”

Dar informação à pessoa é um dos aspetos que levante preocupação aos profissionais na cirurgia de ambulatório. Estes apresentam normalmente tempo disponível muito limitado para o fornecimento de informação. Esta informação a nível pré-operatório deve idealmente ser fornecida 10 a 14 dias antes da cirurgia, pois com mais tempo irá fomentar o esquecimento por parte da pessoa. Devido a esse facto é necessário perceber quais os fatores que afetam a retenção de informação (MANLEY et al., 2003):

- Quantidade de informação;

- Oportunidade de fornecer informação;
- Relevância da informação;
- Método de comunicação;
- Barreiras à comunicação como ansiedade, stress, acuidade auditiva, etc;
- Idioma.

O mesmo autor referido anteriormente refere que a informação essencial fornecida oralmente (e reforçada por escrito) deve incluir:

- Data e hora de internamento;
- Instruções relativas ao jejum;
- Instruções sobre medicação;
- Instruções sobre transporte e acompanhante;
- Instruções sobre o regresso ao trabalho;
- Fornecimento de contactos telefónicos da UCA.

No que diz respeito à informação escrita que se fornece esta deve incluir pormenores sobre a UCA onde a pessoa vai ser intervencionado, a intervenção anestésico-cirúrgica planeada em si, instruções sobre os cuidados a ter no período pós-operatório e outro tipo de informação destinada ao prestador de cuidados no domicílio (MANLEY et al., 2003).

O autor anterior refere que o planeamento da alta é feito, maioritariamente na avaliação pré operatória, contudo, a informação sobre os cuidados pós-operatórios deve ser reforçada e completada durante o processo de alta. No momento que a pessoa tenha critérios de alta, deve receber instruções específicas sobre os cuidados para o seu pós-operatório. Estas informações incluem:

- Cuidados relacionados com a intervenção cirúrgica;
- Nível de atividade permitido;
- Analgesia;
- Consultas futuras de *follow-up* (médica e de enfermagem);
- Informações reforçadas por escrito.

A AESOP (2006) destaca como ensinamentos necessários de reforçar no momento da alta a importância do repouso, da alimentação, cuidados especiais, exercícios que pode e deve fazer, limitações impostas pela cirurgia e anestesia e o retorno às atividades do quotidiano. Devem também ser facultadas instruções escritas sobre toma dos

medicamentos, contacto telefónico hospitalar para caso de complicações, cuidados pós-operatórios, descrição do ato anestésico e cirúrgico, bem como a marcação de consulta ou tratamento.

ROTHROCK (2008) refere que no momento da alta são revistas as instruções relativas às possíveis complicações, às restrições de atividade, à alimentação, à toma dos medicamentos, ao controlo da dor, ao cuidado à ferida/penso entregando informações escritas sobre os cuidados. Neste momento deve-se reforçar a exposição de dúvidas e entregar um contacto telefónico para qualquer complicação ou dúvida que surge em casa.

Nesta fase é imprescindível a presença do cuidador informal que vai acompanhar a pessoa em casa, reforçando a informação sobre a prestação de cuidados à mesma, ficando igualmente com os contactos telefónicos do serviço para qualquer dúvida ou emergência. Alguns serviços de cirurgia de ambulatório têm um telefonema de *follow-up* no dia seguinte à cirurgia de forma a proporcionar um acompanhamento mais individualizado (MANLEY et al., 2003).

O mesmo autor refere que existem estudos que detetaram que existe necessidade de um *follow-up* mais coordenado e individualizado, visto ter verificado que existem doentes que não se sentiam preparados para a alta e consequente aumento da independência, ficando com uma sensação de abandono. Neste mesmo documento Moran & Kent (1995) e Bailey & Clark (1989) referem que a alta para casa requer um período de adaptação, que depende, em parte, do apoio prestado mas também da preparação que foi fornecida à pessoa. Estes devem ser encorajados a coordenar o autocuidado. Segundo Linden & Engberg, pessoas insatisfeitas com a informação que lhes é fornecida podem ter mais sintomas pós-operatórios.

A informação eficaz melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia. Esta informação deve ser fornecida de forma formal e organizada, procurando sempre a personalização da mesma. A informação deve conter comportamentos que ajudem a pessoa a voltar ao estado normal mais rapidamente possível, como informação sobre a dor pós-operatória, cuidados com o penso, medicação, higiene, etc. As pessoas próximo da alta consideram muito importante a informação que as ajude a melhorar e a saber reconhecer quando existem complicações, sendo importante existir uma linha telefónica de apoio. A satisfação da pessoa/cuidador informal está diretamente relacionada com o que esperavam encontrar e o que esperavam que lhes dissessem sobre a sua situação atual e futura. (LEMOS, et al. 2006)

1.2 Teorização em Enfermagem na Enfermagem Perioperatória

A teoria de enfermagem trabalhada neste capítulo foi a teoria de Betty Neuman. O motivo da escolha desta teoria foi o facto de considerar que não se pode negligenciar a pessoa num todo, com uma visão holística, pois é muito fácil a pessoa “se tornar uma perna ou uma bexiga” quando existem enfermeiros que tratam as pessoas assim, desumanizando-as. Os enfermeiros devem cada vez mais demonstrar que os seus cuidados e a sua visão completa da pessoa é a única forma de garantir cuidados de excelência, proporcionando o bem-estar à pessoa que cuidamos, utilizando um plano de cuidados completo e individualizado utilizando sempre o Processo de Enfermagem. Este capítulo irá apresentar uma relação entre a teoria de Betty Neuman (TOMEY et al., 2004; GEORGE, 2000), com a Enfermagem Perioperatória, destacando a informação escrita anteriormente assim como outros documentos sobre os cuidados de enfermagem. Quero deixar sublinhado que além das referências apresentadas ao longo do texto os autores referidos anteriormente estão inseridos em todo o texto.

Posteriormente ao longo do relatório será referida a teoria de Betty Neuman adaptada à prática clínica diária.

Antes da criação do seu modelo de sistemas, no final dos anos 60, desenvolveu um modelo explícito de prática e ensino para consulta de saúde mental. Em 1970, Neuman a pedido dos alunos de licenciatura concebeu um modelo conceptual para a enfermagem, que incluía conceitos de ciência comportamental tais como a prevenção e identificação do problema, tendo publicado pela primeira vez em 1972, tendo posteriormente publicado outras três edições em 1982, 1989 e 1995.

O modelo de Neuman, proporcionando uma visão geral dos aspetos fisiológicos, psicológicos e socioculturais proporciona uma estrutura holística. Desde o desenvolvimento da sua Teoria do Modelo de Sistemas, Neuman tem-se envolvido em diversas publicações, palestras, consultas, cursos e conferências.

A Teoria de Betty Neuman deriva da teoria de Gestalt, em que refere que o organismo mantém o seu equilíbrio, e dessa forma mantém a sua saúde, sendo este equilíbrio dependente de várias condições. Neuman descreve que a pessoa tem necessidades e que podem ser perturbadas destabilizando a sua harmonia e estabilidade, sendo esse equilíbrio um processo dinâmico e contínuo. Quando o processo falha ou permanece num ponto de desarmonia ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades podendo surgir a doença. A pessoa é então um ser total e tem uma relação estreita entre a saúde, trabalho e educação havendo interferência de fatores extra, inter e

intrapessoais. A hospitalização assim como a cirurgia são dois fatores que destabilizam muito a pessoa, impedindo este contínuo de bem-estar. Na realização de sua teoria Neuman deriva de outros teóricos e perspectivas filosóficas onde realço Selye. Deste senhor Neuman utilizou a definição de stresse. A pessoa com stresse requer uma adaptação ao problema independentemente da natureza, necessitando de um reajustamento. Nesta definição destaca os Stressores como os estímulos produtores de tensão, positivos ou negativos, resultando na pessoa em stresse.

Relacionando com a Enfermagem Perioperatória, e destacando alguns aspetos mais específicos da Cirurgia de Ambulatório, é possível perceber por experiencia de Enfermeiro Perioperatório assim como pelos documentos estudados que as pessoas hospitalizadas e que vão ser submetidas a cirurgia têm elevados níveis de stresse, onde se destaca o Bloco Operatório/Cirurgia de Ambulatório, a anestesia e a cirurgia como grandes fatores Stressores. Estando a pessoa em constante interação com os stressores, é utilizado e conhecido as intervenções que visam à redução dos fatores de stresse.

Por mais simples que seja a cirurgia a pessoa é sempre acompanhada de dúvidas, medos, ansiedade e falta de informação, colocando a mesma na maioria das vezes com estados de stresse que não conseguem controlar.

A pessoa quando se dirige ao serviço de cirurgia de ambulatório ou ao bloco operatório para ser operado é-lhe modificada o seu quotidiano, hábitos, capacidade de se auto-realizar, cuidado pessoal, de separação com a família e de um futuro incerto, tendo grande importância o trabalho do Enfermeiro Perioperatório, que cuida no sentido de fortalecer o equilíbrio orgânico e psicológico da pessoa, possibilitando diminuir o medo, a angústia, a insegurança, a vulnerabilidade e o seu défice de conhecimento, utilizando um plano individualizado de cuidados (SOUZA, et al. 2005; FC, 1989).

Atualmente já não há duvidas que existe relação entre o stresse, físico ou emocional e as reação fisiológicas, ou seja a sua saúde orgânica. Ao atuar sobre o stress da pessoa vai haver uma diminuição de resposta do organismo no sistema imunológico assim como no sistema cardíaco, diminuindo a possibilidade de elevação da tensão arterial, do ritmo cardíaco e mesmo da temperatura. Importante ainda de referir que a boa adaptação da pessoa aos fatores stressores pode diminuir a quantidade de medicação para manter a sedação da pessoa durante a cirurgia e de diminuir a quantidade de medicação analgésica para a mesma (PRITCHARD, 2009; FC, 1989).

Neuman no seu modelo tinha falta de provas empíricas aquando da sua edição, no entanto, entre 1989 e 1993 e posteriormente entre 1995 e 2000 foram publicados perto de 150 estudos onde o modelo da Neuman dava estrutura organizativa.

Na teoria de Neuman vários são os conceitos identificados: Totalidade do cliente, sistemas aberto, estrutura básica, ambiente, ambiente criado, stressores, linhas de defesa e de resistência, grau de reação, prevenção enquanto intervenção e reconstituição.

No conceito de totalidade destaca-se a importância de ver a pessoa como um todo, de forma holística, considerando as variáveis (fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, desenvolvimentistas e espirituais). A mesma teórica na segunda edição do seu livro muda a grafia do termo *holistic* (holístico) para *wholistic* (totalidade), dando grande importância à totalidade da pessoa, sublinhando a importância das várias variáveis. Considerando as mesmas o ideal seria funcionarem em harmonia, com estabilidade em relação aos stressores ambientais. No período perioperatório esses stressores tendem a destabilizar essa harmonia, e o Enfermeiro busca promover o bem-estar da pessoa, considerando a mesma em todos os aspetos, isto é, percebendo as suas necessidades e atuando sobre as mesmas fortalecendo a capacidade de combater os stressores (BEDIN, et al. 2005).

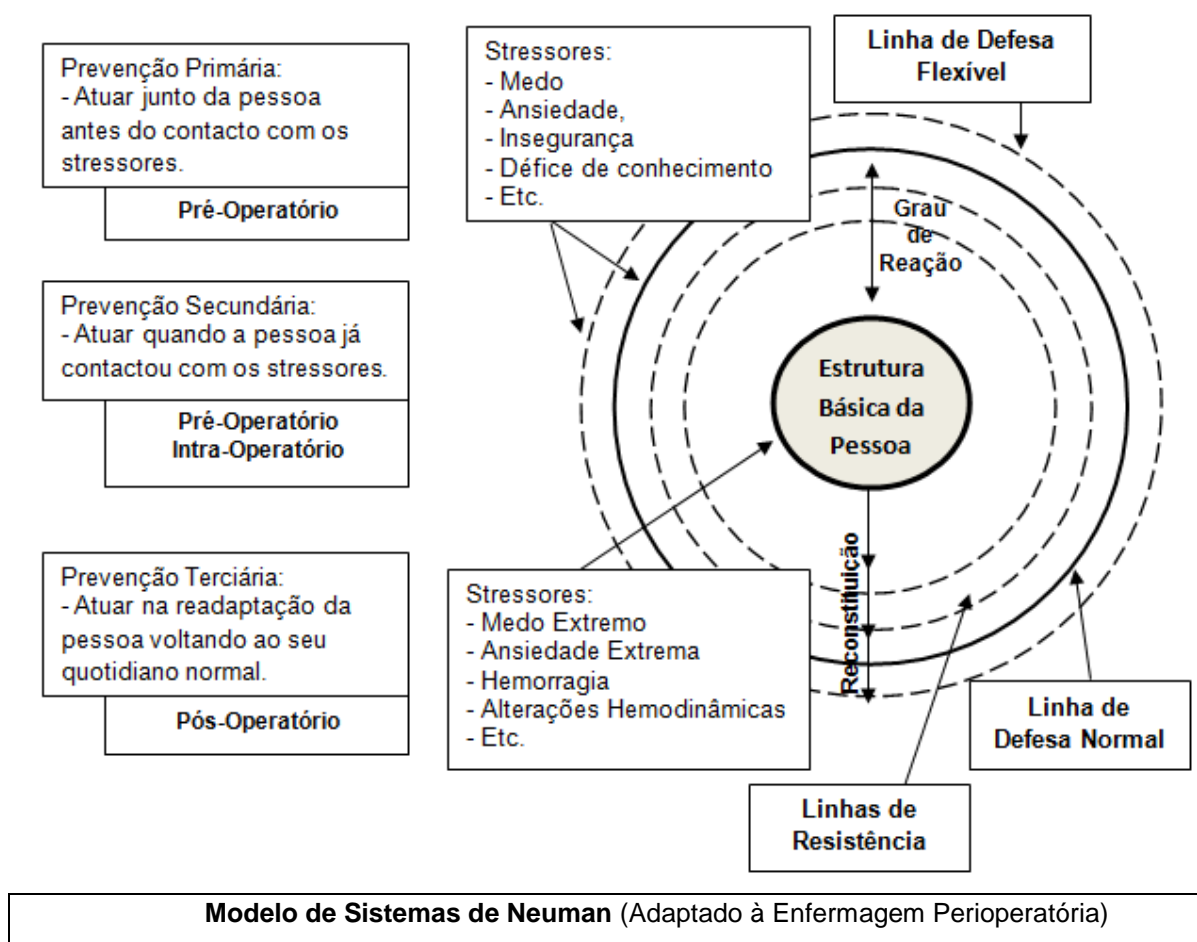
A pessoa sendo um sistema aberto está em constante troca de energia com o ambiente. O stresse e a sua reação devem-se dessa troca com o ambiente. No período perioperatório o próprio processo cirúrgico faz com que a pessoa sinta o stresse, o medo, a insegurança por algo que não controla. Depois situações mais específicas como a anestesia, a sede, a possível dor, o ambiente desconhecido, sua imagem corporal, pessoas desconhecidas ou o déficit de conhecimento são outros fatores de stresse (SANTOS, et al. 2007).

O ambiente e o ambiente criado são as forças internas e externas que afetam a pessoa, sendo o ambiente criado a mobilização de variáveis que ajudam a estabilidade da pessoa. Nestes conceitos é possível destacar a importância do Enfermeiro Perioperatório como força externa que ajuda a pessoa à sua estabilidade. Este cuidado e sua importância vai ser mais detalhadamente mais a frente nos conceitos das linhas de defesa e da prevenção como intervenção.

Os stressores são estímulos que produzem tensão e têm potencial capacidade de instabilidade do sistema da pessoa. Existem stressores de ordem intrapessoal, que ocorre na pessoa, de ordem interpessoal, que ocorrem entre várias pessoas e de ordem extrapessoais que ocorrem fora da pessoa. Esses stressores podem ser vários num dado momento, sendo importante para o Enfermeiro Perioperatório identificar a sua natureza, sua intensidade, e a capacidade da pessoa reagir ao mesmo. Como já descrito anteriormente sendo a pessoa um sistema aberto e único, o Enfermeiro deve perceber quais as variáveis que influenciam no stresse da mesma. No entanto apesar da

individualidade de cada pessoa é hoje percebido que culturalmente há um composto de respostas e características comuns na população. Sendo assim o Enfermeiro Perioperatório tenta agir com a pessoa no controlo das várias forças já descritas e para isso é imprescindível a relação terapêutica Enfermeiro-Pessoa.

No modelo de Neuman é apresentado um diagrama de círculos concêntricos (linhas) que ilustram a capacidade da pessoa usar a sua energia como recurso para combater os stressores. A seguinte figura baseado no diagrama original de TOMEY et al. (2004, p. 341), tenta esquematizar de forma simples esse diagrama adaptado ao contexto da Enfermagem Perioperatória.



As linhas referidas são: Linha de defesa normal, linha de defesa flexível e as linhas de resistência. A linha de defesa normal representa o estado normal da pessoa, onde há um estado habitual de estabilidade e de bem-estar. Esta linha caracteriza o padrão normal preservado da pessoa ao longo do tempo. Nesta linha encontram-se características de *coping*, estilo de vida, estágio de desenvolvimento, ou seja, as características desta linha depende das variações de resposta que a pessoa foi adquirindo ao longo da sua vida. Para que esta linha seja invadida ou penetrada,

provocando instabilidade ou doença na pessoa, é porque o stressor já ultrapassou a linha de defesa flexível. Nesta linha o Enfermeiro tem pouco controle imediato, pois a sua força depende da pessoa no seu todo, em todas as suas vivências, pelo que desta forma o Enfermeiro Perioperatório tem maior impacto no fortalecimento da linha de defesa flexível. A linha de defesa flexível é uma linha externa, que vem em primeiro lugar, funcionando como escudo da linha normal, sendo um para-choques que impede os stressores de alterarem o bem-estar da pessoa. Esta é dinâmica e flexível e é passível de ser alterada num pequeno espaço de tempo, afastando-se ou aproximando-se da linha normal. Para aumentar a força desta linha trabalha-se nas variáveis da pessoa, já descritas anteriormente no conceito de totalidade, contra uma possível reação ao stressor. É aqui que o Enfermeiro Perioperatório deve trabalhar muito a sua ação (LÉOPHONE et al, 2000). A importância dos Enfermeiros com o papel de reduzir a possibilidade da pessoa encontrar o stressor e no caso de esse persistir, de utilizar intervenções que reforçam as linhas já descritas, como a educação e promoção da saúde (GONÇALVES, 1996). A consulta de enfermagem tem grande importância no reforço da linha flexível, pois é um momento privilegiado para que o Enfermeiro avalie e destaque os diagnósticos mais importantes de resolver com a pessoa. Segundo alguns artigos lidos os diagnósticos mais vezes descritos são: medo, ansiedade, insegurança e o défice de conhecimento. Nestes diagnósticos é possível o Enfermeiro Perioperatório ajudar a pessoa a fortalecer as suas linhas contra os stressores, utilizando técnicas de comunicação, escuta activa, de esclarecimento de dúvidas, de explicitação do que vai sentir, ver, ouvir, de como vai ser o dia da cirurgia e quais os cuidados para depois da cirurgia, utilizando sempre uma linguagem perceptível para a pessoa. Neste contacto é igualmente importante a inserção da família, dado que, muitas vezes as dúvidas não são apenas da pessoa. O planeamento dos diagnósticos nesta primeira fase não se restringem à fase do pré-operatório mas sim a todo o período perioperatório. As intervenções para os diagnósticos de enfermagem são começados no pré-operatório com a consulta, contínua no intra-operatório com o contacto contínuo com o doente e posteriormente na sua recuperação física e emocional durante o período pós-operatório, não esquecendo os telefonemas de *follow up* inerentes aos casos de cirurgia de ambatório. Este contacto nas várias fases do perioperatório é mais a frente dividido no tipo de prevenção primária, secundária ou terciária (conceito de Betty Neuman), onde se consegue distinguir qual o tipo de prevenção que se utiliza em cada fase. Resumindo o Enfermeiro Perioperatório deve destacar os diagnósticos reais e potências de forma a reduzir os stressores e aumentar a força da linha normal e principalmente da flexível. As últimas linhas do modelo são as linhas de resistência, sendo o último recurso que ajudam

a pessoa a lutar contra o stressor, sendo estas a ultima barreira. Caso sejam ultrapassadas pelo invasor stressor pode levar a pessoa à morte (segundo o modelo de Neuman). Um exemplo desta linha é o sistema imunológico. Nesta linha o Enfermeiro Perioperatório tem uma intervenção mais prática no sentido da recuperação do corpo perante a doença, isto é, intervenções de avaliação do estado de saúde corporal da pessoa, de levantamento diagnóstico autónomo e interdependente e atuação direta sobre os problemas e necessidades da pessoa (SANTOS, et al. 2007; PRITCHARD, 2009).

Um outro conceito do Modelo é o grau de reação. Já se tem falado sobre a capacidade da pessoa reagir ao stressor, sendo necessário uma quantidade de energia para a pessoa se adequar/lutar ao stressor, sendo isso chamado de grau de reação.

Para finalizar as definições de conceitos iremos por fim abordar a prevenção como intervenção assim como os três tipos de prevenção.

Como já descrito anteriormente é possível o Enfermeiro Perioperatório, numa assistência de qualidade prestada duma forma completa, intervir com a pessoa no sentido de prevenir o “ataque” dos stressores, retendo, atingindo ou mantendo a estabilidade da pessoa. Esta intervenção por parte do Profissional pode ser feita antes ou depois das linhas serem ultrapassadas. Para Neuman esta intervenção deve ser feita assim que haja suspeita ou que se identifique algum stressor de forma a conseguir um resultado antecipado.

Prevenção Primária é realizada assim que se suspeite ou se identifique um stressor, ou seja, quando há um risco aumentado de contacto com o mesmo. Na realidade do Perioperatório considero que esta prevenção se pode trabalhar em vários momentos. Primeiro numa consulta de Enfermagem onde o Enfermeiro Perioperatório contacta com a pessoa antes da mesma ser hospitalizada. É um momento de privilégio para fortalecer a linha flexível da pessoa diminuindo a reação ao stressor cirurgia, anestesia, dor, desconhecido, etc. Esta prevenção atua antes da reação, utilizando a promoção e a educação de saúde. No dia da cirurgia no contacto antes da pessoa entrar no bloco operatório. Nesta fase é importante o Enfermeiro estar alerta para o que as pessoas necessitam naquele momento, personalizando o contacto às necessidades de cada um. A educação e promoção da saúde para a alta torna-se outro momento de prevenção primária, pois, dá-se aportes à pessoa para reconhecer e atuar em caso de complicações ou situações desconhecidas que para a pessoa serão stressores (SANTOS, et al. 2007; PRITCHARD, 2009).

A prevenção secundária decorre quando a pessoa já está a reagir ao stressor demonstrando sintomas. Nesta prevenção a pessoa procura com os recursos internos

chegar à estabilidade do seu sistema e através do Enfermeiro como recurso externo ao mesmo objetivo. O Enfermeiro Perioperatorio na altura da consulta e do acolhimento além da prevenção primária deve também actuar na prevenção secundária, pois muitas vezes a pessoa já apresenta sintomas de contacto com alguns stressores. Estes sintomas são muitas vezes aumentados na altura do intra-operatório, ou seja, desde o momento que a pessoa entra dentro do Bloco Operatório. Nesta fase é imprescindível a relação de Enfermeiro-Pessoa para conservar a energia da pessoa de forma que a mesma mantenha a sua estrutura básica. A humanização da pessoa durante o intra-operatório é de extrema importância, pois existe uma tendência para o Enfermeiro Perioperatório se torne mais tecnicista, mais “agarrado” ao modelo biomédico, deixando de lado a relação com a pessoa com seus valores culturais, sociais e éticos. Para fazer a diferença no cuidado à pessoa, o Enfermeiro Perioperatório deve orientar e responder a dúvidas pertinentes ao procedimento e ao seu estado trazendo uma maior bem-estar e segurança à pessoa, independentemente da pessoa estar ou não numa mesa operatória (BEDIN, et al. 2005; SANTOS, et al. 2007).

Na prevenção terciária, existe então uma readaptação, reeducação para futuros stressores e manutenção da estabilidade. O Enfermeiro ajuda a pessoa a voltar ao seu estado normal, a reconstituir as suas linhas e ajudando na aprendizagem da pessoa para um futuro contacto com o stressor. Assim após o contacto com stressor a pessoa mantém ou adquire a sua energia normal. Neste tipo de prevenção destaco o tempo que a pessoa se encontra na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos onde o Enfermeiro deve ajudar a pessoa a alcançar de novo o estado ótimo de saúde. Um outro momento é a visita pós-operatória ou o telefonema de *follow up* (no caso da cirurgia de ambulatório) pois existe um Enfermeiro Perioperatório que vai contacta com a pessoa (no dia seguinte à cirurgia) na procura de conhecer o seu estado de saúde, e poder ajudar na resolução de algumas dúvidas ou alguns stressores que persistam (GOIS et al., 2012; PRITCHARD, 2009).

2. Ética na investigação

Segundo o dicionário de língua portuguesa esta define-se como um conjunto de regras de conduta com fundamentos morais. No entanto ao nível da saúde e mais concretamente em enfermagem ética tem um impacto muito mais complexo.

Segundo ARCHER et al., (1996) a ética provem do grego “*ethos*” original dos termos “*êthos*” e “*éthos*” que originalmente tinham significados diferentes. Estes significavam lugar onde brotam os atos, carácter (“*êthos*”) e agir habitual (“*éthos*”). Desta forma e citando o mesmo autor a ética é a teoria que percorre o processo desde a interioridade dos atos, procurando a fundamentação do agir.

Em enfermagem não existe cuidados sem componente ética, onde se apela os valores humanos, sendo estes o centro da nossa atividade enquanto enfermeiros (FREITAS, [s.d]). A ética a bioética foram temas bastantes debatidos nos últimos 60/70 anos. Em 1947 foi redigido o Código de Nuremberg e posteriormente em 1948 a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Ratificado em Portugal em 1978) reconhecendo a dignidade da pessoa humana, defendendo-a contra experiencias sem o seu consentimento livre e esclarecido. Outro documento importante defendendo as pessoas enquanto sujeitos de investigação, foi as Directivas Éticas Internacionais para a Investigação Biomédica em Seres Humanos. Este aponta diretrizes que devem ser obrigatoriamente seguidas pelo investigador (ARCHER et al., 1996; SANTOS, 2004). Para proteger as pessoas na sua dignidade, identidade, sem discriminação, com respeito pela sua integridade e liberdades fundamentais foi ratificado em 2001 a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (DIARIO DA REPUBLICA, 2001). Além deste documento é de destacar a Declaração de Helsínquia atualizado em 2013 onde se definem os princípios éticos que os profissionais de saúde devem respeitar (WMA, 2013). Estes são apenas alguns dos documentos redigidos protegendo as pessoas e o seu direito à dignidade.

Fazendo a ponte para a investigação o olhar ético abrange todas as etapas do processo de investigação. Deste o início ao fim do estudo deve existir a preocupação de manter os procedimentos éticos com respeito pelas pessoas. (NUNES, 2013). Citando a mesma autora em Enfermagem enquanto profissão regulada existe o CDE e o REPE que apresentam os princípios éticos e deontológicos que qualquer enfermeiro tem de cumprir no seu exercício, onde se inclui a investigação. Em concordância e destacando o documento da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) é referido que em todas as etapas

do processo de investigação deve ser visivelmente garantido todos os aspetos de natureza ética.

A dimensão ética em investigação não deve ser vista como uma limitação, complicando a vida do investigador e perdendo tempo. Pelo contrário deve ser considerada como fulcral para a efetiva proteção da pessoa, respeitando a dignidade humana (MARTINS, 2008). Com base no autor anteriormente citado e em NUNES (2013), destacamos os princípios éticos que devem ser mantidos em qualquer trabalho de investigação:

- Beneficência, como fazer o bem para o participante da investigação ou para a sociedade;
- Avaliação da maleficência, ou seja, não causar dano avaliando os riscos possíveis e previsíveis;
- Fidelidade, criando um nível de confiança entre o investigador e a pessoa que participa no estudo;
- Justiça, procedendo de forma equitativa e imparcial, não prestando melhores cuidados a grupos em detrimento de outros.
- Veracidade, referindo sempre os riscos e benefícios de qualquer ato, respeitando a verdade. Neste associa-se o consentimento que deve ser livre e esclarecido, dando total liberdade à pessoa para desistir em qualquer momento.
- Autonomia, capacidade da pessoa fazer por si, que devem ser mantidos não “roubando” essa capacidade.
- Confidencialidade, salvaguardando a informação pessoal que é reunida no estudo, sublinhando o anonimato das respostas não sendo possível identificar a pessoa.

Estes princípios segundo NUNES (2013) estão diretamente relacionados com o respeito pelos direitos das pessoas enquanto participantes de um estudo. Estas têm o direito de:

- Não receber dano, ou seja, a pessoa não é prejudicada em nenhuma fase da investigação assim como em casos de negação de participação.
- Receber todo o conhecimento, sobre o estudo podendo decidir de forma esclarecida sobre a sua participação.

- Autodeterminar-se, escolhendo livremente, decidindo por si próprio se deseja participar ou não no estudo sem coação e assegurando o direito a negar-se em qualquer momento.
- Intimidade, respeito pela decisão da pessoa em não responder a alguma questão que considere entrar em aspetos muito pessoais.
- Anonimato e Confidencialidade, respeitando a mantendo irreconhecível a pessoas através das suas respostas.

Como já definido estes direitos estão presentes em todo o processo de investigação. Durante o presente trabalho foi dada importância à componente ética, respeitando as autorizações (hospitalar e consentimentos) necessárias, assim como todo o processo de anonimato da pessoa. Todos os resultados foram apresentados de forma a nenhum dos participantes ser reconhecido. Em ligação aos 5 direitos referidos anteriormente é de destacar que todas as pessoas devem ser esclarecidas com toda a informação podendo dessa forma decidir de forma esclarecida, ou seja, autodeterminar se deseja participar no estudo. Com esta aceitação o investigador tem de garantir a intimidade da pessoa mantendo o anonimato da mesma, pois só assim a pessoa poderá ser fiel aos seus princípios não sofrendo dano. Nenhum meio de coerção é admissível num estudo de investigação e a cessação do consentimento é livre de ser realizado em qualquer fase do estudo (FORTIN et al., 2009). A análise dos direitos éticos foi realizada ao longo do relatório especificando cada comportamento efetuado.

Atendendo às etapas do processo de investigação é importante que o investigador tenha conhecimento das premissas obrigatórias na realização de um trabalho académico. Na fase inicial da formulação do problema este deve respeitar as finalidades a que destina o estudo, sendo uma temática abordável e coerente com a sua orientação. É inadequado eticamente a realização de um projeto sem análise de outros autores que já tenham abordado o assunto. Em ligação à temática da revisão da literatura é igualmente imprescindível a referência dos autores citados, respeitando a fidelidade do autor (NUNES, 2013).

Segundo a mesma autora referida anteriormente existe várias formas de divulgar os resultados de um projeto, no entanto independentemente da forma como é realizada não deve ser possível identificar nenhum dos investigados, mais uma vez sublinhando a importância pela confidencialidade e do anonimato das pessoas.

Por fim há outro aspeto importante e que deve ser considerado antes de qualquer das fases supracitadas, isto é, as autorizações pelos serviços (chefes e directores) onde

é realizada o projeto assim como à administração superior que no presente caso a administração hospitalar. Deve ser contacto a organização procurando conhecer quais os documentos necessários para o pedido de autorização. Este documento assinado pela administração assegura a conformidade com os princípios éticos respeitando assim todo o processo.

Ética, investigação e enfermagem são três elos que não se podem individualizar, pelo que estes funcionam de forma perfeita em união, na procura de mais informação alcançando conhecimento científico adaptado à realidade.

Resumindo a enfermagem pressupões um código moral único, baseado em documentos nacionais e internacionais sobre os direitos e deveres das pessoas, respeitando a pessoa, a dignidade humana, a compaixão, os direitos do homem, os direitos dos doentes, ou seja, respeitar sempre a pessoas olhando-a de forma holística (FREITAS, [s.d.]).

3. Metodologia de Projeto

A Metodologia de Projeto procura ser uma ponte entre a teoria e a prática, dado que, é baseado em conhecimento teórico que nos fundamentamos para a aplicado à realidade. Metodologia enquanto conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar/pesquisar um aspeto da realidade permitindo prever, orientar e preparar o caminho a prosseguir. É assim metaforicamente um caminho a seguir, com base num projeto definido. Projeto esse que se define como um plano organizado para resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes (NUNES, et al., 2010). Como refere o mesmo autor anterior (2010, p.3) “A Metodologia de Projecto tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real.”

A metodologia de projeto respeita um conjunto de etapas:

- Diagnóstico de situação;
- Definição de objetivos;
- Planeamento;
- Execução;
- Avaliação.

Estas etapas são descritas e analisadas ao longo deste relatório, tendo este também o objetivo de divulgar os resultados obtidos de todo o processo.

Durante este processo é de destacar a participação dos orientadores uma vez que podem disponibilizar recursos de ordem material e humana, indispensáveis para a realização do Projeto. O orientador exerce o seu papel de elemento ativo e participante, auxiliando, investigando e descobrindo respostas para a realização do trabalho. Outro elemento importante é o professor que atua como coordenador e informador à medida que o trabalho avança (NUNES, et al., 2010).

3.1. Diagnóstico de Situação

Nesta fase do diagnóstico de situação é definido o(s) problema(s) quer quantitativa quer qualitativamente, com estabelecimento de prioridades e indicando as causas mais prováveis, procurando posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. No entanto apesar desta recolha é imprescindível o aprofundamento do

tema em questão (NUNES, et al., 2010). A folha de diagnóstico de situação realizada no início do projeto está apresentada em apêndice (apêndice II).

Numa primeira fase foi elaborado uma entrevista semi-dirigida à Enfermeira Coordenadora. Esta deu liberdade para escolher a temática, tendo sido realçado a questão da atualização dos folhetos para a informação para a alta das pessoas operadas em cirurgia de ambulatorio. Posteriormente em discussão foi levantado a temática da avaliação da pessoa/cuidador informal em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatorio. Esta temática vem ao encontro de perceber a satisfação das pessoas, e dessa forma perceber a importância da atualização da informação fornecida, assim como qual a informação que consideram mais importante. Nesta discussão foi demonstrado o interesse pelo tema dado não haver nenhuns resultados de *feedback* sobre a satisfação das pessoas/cuidador informal.

Desta forma o projeto proposto para se desenvolver durante este estágio intitula-se: A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatorio.

Perante a questão de ser ou não necessário atualização dos folhetos informativos, assim como da informação fornecida à pessoa foi levantada a questão de qual a satisfação da pessoa/cuidador informal sobre a informação que lhe é fornecida na cirurgia de ambulatorio, ou seja, estará a pessoa/cuidador informal satisfeito com a informação fornecida pelos enfermeiros na cirurgia de ambulatorio?

Após o levantamento da anterior questão é de realçar a importância do fornecimento de informação às pessoas e famílias. Em fundamentação da premissa anterior sublinho o Artigo 84º - Do dever de informação do CDE, onde é referido que o Enfermeiro “No respeito pelo direito à autodeterminação, assumo o dever de: a) informar o individuo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicitação feito pelo individuo, em matéria de cuidados de enfermagem.” (NUNES et al., 2005, p.109).

A cirurgia de ambulatorio traduz-se num modelo organizado centrado na pessoa com objetivo de incremento da qualidade, com alta personalização, apresentando um grande sucesso desde a sua criação. Hoje a cirurgia em regime de ambulatorio é nos países desenvolvidos a área de maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos (CORREIA, 2010; AESOP, 2006).

A prática de enfermagem, em contexto de cirurgia ambulatoria, constitui uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada doente. É neste sentido que surge o presente estudo sobre a “A informação fornecida pelos enfermeiros para os

cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório”, numa procura para analisar, diagnosticar, e recomendar as intervenções/informação que contribuam para elevar a qualidade da satisfação das pessoas (CORREIA, 2010; FARBER, 2010).

A informação eficaz melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia. Esta informação deve ser fornecida de forma formal e organizada, procurando sempre a personalização da mesma. A informação deve conter comportamentos que ajudem a pessoa a voltar ao estado normal mais rapidamente possível, como informação sobre a dor pós-operatória, cuidados com o penso, medicação, higiene, etc. As pessoas próximo da alta consideram muito importante a informação que as ajude a melhorar e a saber reconhecer quando existem complicações, sendo importante existir uma linha telefónica de apoio. A satisfação da pessoa/cuidador informal está diretamente relacionada com o que esperavam encontrar e o que esperavam que lhes dissessem sobre a sua situação atual e futura (LEMOS, et al. 2006).

Segundo o Plano de Ação de 2012 o Hospital é acreditado pelo CHKS desde 2006 e posicionou-se em 2010 e 2011 em lugar de excelência no Registo Nacional de Indicadores de Qualidade em Ortopedia (SINAS). Para isto, aposta-se na qualidade, utilizando as técnicas mais avançadas, pretendendo estar ao nível dos melhores índices internacionais, através da monitorização de indicadores de qualidade, da realização de auditorias e implementação de novos procedimentos. Com este trabalho pode-se alcançar mais um indicador de qualidade mais especificamente a da idoneidade educativa da UCA.

A Unidade de Cirurgia do Ambulatório funciona com 1 sala operatória, tendo uma equipa constituída por cinco Enfermeiros, um Anestesiista, dois Assistentes Operacionais e uma assistente Técnica. Em relação aos Enfermeiros, existe preferência por elementos fixos, contudo existem elementos que prestam cuidados no bloco central e no ambulatório.

Por forma a refletir sobre o ambiente, analisando estratégias, riscos e problemas do projeto, recorremos a um método de análise de gestão, a Análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) apresentada em apêndice (apêndice III). Com base nesta análise foi possível perceber que existe um incremento de oportunidades para o estabelecimento de projetos no serviço onde é realizado o estágio. Existem aspetos bastantes positivos que podem contribuir para o estabelecimento de cuidados que valorizam a qualidade de vida das pessoas. Em relação aos aspetos menos positivos é de referir o espaço físico que dificulta o desejo de cuidados mais personalizados, utilizando espaços mais recatados para a comunicação com a pessoa e seus

familiares/amigos. Dessa forma, deve-se sensibilizar a equipa e identificar estratégias que ajudem na procura da excelência dos cuidados. Estratégias essas que na impossibilidade de ser executadas a nível arquitetónico serão feitas a nível organizacional, sem necessidade de gastos financeiros superiores.

Após o estabelecimento da temática e do problema/questão foram levantados os problemas parcelares que compõem a necessidade do Projeto de Intervenção:

- Inexistência de feedback sobre a satisfação em relação à informação fornecida;
- Inexistência de Instrumento que avalie a satisfação;
- Inexistência de resultados concretos sobre os níveis de satisfação das pessoas.

Com a realização deste Projeto é proposto contribuir-se para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados de enfermagem, nomeadamente em relação à informação fornecida à pessoa/cuidador informal.

Por fim destacamos o Artigo 88.º do CDE, da excelência do exercício, que fundamenta a necessidade da realização deste projeto de intervenção. Esse artigo é referenciado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012, p.79-80). Neste artigo todas as alíneas fazem referência à importância de analisar, procurar, manter, assegurar, e desenvolver os cuidados de enfermagem alcançando a excelência em enfermagem.

3.2. Objetivos

Os Objetivos são metas a alcançar, ou seja, apontam resultados que se pretende atingir, indo do mais geral para o mais específico. Dessa forma são representações que antecedem o “agir”, tratando-se assim de uma fase imprescindível na elaboração de projetos de intervenção (NUNES, et al., 2010).

Segundo FORTIN et al. (2009, p.160) o objetivo de um estudo é um enunciado que “precisa as variáveis-chave, a população alvo e o verbo de ação apropriado”.

Neste capítulo estão representados os objetivos definidos para a execução do presente Projeto. Esses objetivos foram um guia na realização do mesmo, servindo de base para atividades futuras.

Em seguida irá estar apresentado o objetivo geral do projeto e os objetivos específicos que o decompõem.

Foi procurado realizar objetivos claros, com linguagem específica e concisa, realizáveis e mensuráveis. Com estes objetivos foi idealizado uma imagem mental do resultado que se deseja alcançar.

OBJECTIVO GERAL:

- Contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- Aprofundar os conhecimentos na área da cirurgia do ambulatório e dos ensinios;
- Avaliar a satisfação das pessoas em relação à informação que é fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório;
- Identificar as dificuldades/facilidades referidas pelos enfermeiros no momento dos ensinios;
- Discutir com a equipa perioperatória os resultados finais.

Após a realização dos objetivos é importante definir quais as prioridades a nível cronológico das atividades gerais a desenvolver. Dessa forma foi criado um conjunto de ações a desenvolver seguindo uma prioridade logica. Atividades que foram idealizadas antes da criação de um planeamento organizado e completo. Essas atividades estão presentes no apêndice II.

Nesta fase inicial do trabalho foram estes os objetivos definidos e as atividades levantadas para a realização deste projeto. Na fase seguinte, no planeamento, as atividades serão mais específicas e ajustadas a cada objetivo, por forma a obter um indicador de avaliação concreto e passível de ser avaliado.

3.3. Planeamento

Durante o Projeto que nos propomos desenvolver vamos articular a intervenção com os restantes membros da Equipa de Enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório assim como dos restantes profissionais da UCA, tendo estes um papel muito importante na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Neste capítulo é apresentado a planificação do projeto. Levanta-se os recursos, as limitações, as condicionantes, as atividades e todos os comportamentos idealizados para a realização do trabalho. Para o planeamento do projeto é necessário realizar um cronograma, com estimativa da duração para as atividades a desenvolver. Dessa forma o

cronograma pode ser apresentado em esquema, gráficos ou escalas que facilitam a compreensão do planeamento. A escolha das atividades, meios e estratégias devem estar interligadas com os objetivos anteriormente apresentados (NUNES, et al., 2010).

Foi nesta fase que se iniciou a definição e a reflexão de todas as atividades necessárias para alcançar o objetivo final. Nesta etapa o projeto começa a ganhar contornos, ou seja, começa a passar do pensamento intrínseco para o concreto preciso com a definição do possível caminho que vamos percorrer. Para auxílio foi utilizado um instrumento de trabalho onde se consegue organizar todas as atividades, estratégias, meios/recursos, tempos e constrangimentos. Com este documento é possível compreender qual o caminho traçado deste o início ao fim, podendo posteriormente iniciar-se a execução do mesmo. Torna-se um documento facilitador, sendo um guião para a fase seguinte, mesmo que na fase da execução se possa percorrer caminhos diferentes. Este instrumento é apresentado neste projeto em apêndice (apêndice IV).

Neste planeamento é também de destacar e analisar quais os gastos financeiros necessários para a implementação do projeto.

Após o planeamento realizado, considerando os vários objetivos definidos assim como o tempo idealizado para cada um, foi produzido um cronograma de estágio (presente no apêndice II). Com este cronograma é possível compreender em que fase do tempo é desejável realizar certas atividades do projeto.

Após o planeamento das várias vertentes do trabalho com calendarização das atividades, dos meios e estratégias, dos recursos disponíveis e necessários, do cronograma, bem como os resultados esperados e dos indicadores de avaliação foi necessário realizar uma previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar. Os possíveis constrangimentos levantados no planeamento foram a demora de feedback por parte dos vários elementos (recursos humanos); demora da resposta por parte da administração hospitalar em relação à autorização do instrumento de avaliação; muitos não consentimentos por parte das pessoas operadas, consentimento esse pedido para realização do instrumento de avaliação; défice da bibliografia relacionada com a informação em cirurgia de ambulatório. A forma de ultrapassar a demora do feedback ou da resposta hospitalar será realizar outros aspetos do trabalho não ficando parado na realização do mesmo, conseguindo aproveitar o tempo de espera. Em caso de muitos “não consentimento”, será aumento o tempo de implementação do questionário. Em relação ao possível défice de bibliografia, será aumentada e diversificada as palavras-chave necessárias para a pesquisa científica.

3.4. Execução

Esta etapa compreende a realização escrita de todo o processo que foi realizado. Nesta fase é necessário procurar dados, informações e documentos que contribuam para a realização de todo o trabalho. A execução é assumida como a prática, possibilitando passar do planeado mental para o real construído. Sendo esta fase a mais trabalhadora é igualmente a mais proveitosa. Deste modo é esperado resultados a nível de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (NUNES, et al., 2010).

Nesta fase procuramos realizar as atividades anteriormente planeadas com o sentido de alcançar o objetivo definido para o projeto. Aqui se reflete e se explicita todos os comportamentos realizados, já planeados ou com implementação de novos procedimentos.

Este subcapítulo estará dividido por Objetivos já definidos anteriormente de forma a facilitar o leitor a compreender quais as atividades realizadas ao longo do Projeto.

3.4.1. Aprofundar os conhecimentos na área da cirurgia do ambulatório e dos ensinos

A pesquisa bibliográfica documental é imprescindível e essencial à exploração de um domínio na investigação. Esta consulta não só fornece ao investigador uma ocasião para analisar qual o estado dos conhecimentos procurados como permite alargar o seu campo de conhecimentos na área em questão (FORTIN et al., 2009).

De forma a resolver este objetivo foi realizada numa primeira fase uma pesquisa bibliográfica com informação teórica sobre os temas de interesse para o âmbito do Projeto. Esta pesquisa foi realizada iniciando-se num plano mais macro da Enfermagem Perioperatória, afunilando posteriormente na cirurgia de ambulatório e na informação fornecida às pessoas para os cuidados após a alta. Esta pesquisa está colocada na fundamentação teórica abordada anteriormente neste relatório. Dessa forma o leitor poderá ter uma noção geral da informação necessária para o tema do Projeto. Nesta pesquisa foram analisados livros de referência na área, presentes na biblioteca da ESS do IPS, assim como artigos presentes em bases científicas como B-on, E EBSCOhost web e Pubmed.

Posteriormente à realização dessa fundamentação teórica foi realizado uma revisão bibliográfica alargada – Revisão Científica, procurando responder a uma questão

de investigação previamente colocada. Quais os aspetos que as pessoas destacam em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório, aumentando a sua satisfação? Seguidamente foram levantadas palavras-chaves permitindo encontrar informação pertinente ao domínio do Projeto. As bases de dados informatizadas utilizadas foram: B-on, E EBSCOhost web e Pubmed. Em todas as bases científicas foi sempre selecionado a opção de documentos completos e grátis procurando assim analisar os documentos completos sem ser necessário investimento monetário. Procurando encontrar o máximo de artigos completos a pesquisa foi realizada na ESS utilizando a internet da mesma, que proporciona mais artigos grátis dado ter acesso livre em algumas bases de dados científicas.

Por forma a conseguir abranger apenas os documentos importantes para a investigação com o objetivo de responder à questão supracitada foram colocados variáveis de inclusão e exclusão. Como variável de inclusão foi colocado: Satisfação; Cuidados de Enfermagem; Cirurgia de ambulatório; informação; cuidados pós alta. Como variável de exclusão foi colocado: Pediatria (abaixo dos 18anos); gestão; Organização/políticas; cirurgia com internamento. Durante a pesquisa nas três bases de dados selecionadas houve repetição de artigos pelo que não foram selecionadas novamente.

A procura realizada na base de dados B-on foi realizada da seguinte forma:

1. Utilizado como palavras-chaves: Cirurgia de Ambulatório e satisfação;
2. Pesquisa realizada no dia 25/11/2013 às 17:22
3. Encontrados 14 artigos
4. Após a leitura dos títulos e dos resumos e considerando as variáveis de inclusão e exclusão os artigos selecionados para análise foram:
 - Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do Utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António.
 - Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório.
 - Cuidados de Enfermagem Pré e Pós - Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Percepção dos Doentes

Seguidamente foi realizada na mesma base de dados outra pesquisa com outras palavras-chaves:

1. Palavras-chave: ambulatory surgery e patient information
2. Pesquisa realizada no dia 25/11/2013 às 18:02
3. Encontrados 15.905 artigos

4. Posteriormente refinada a pesquisa com inclusão de patient satisfaction e exclusão de pediatrics
5. Encontrados 184 artigos
6. Voltando a refinar a pesquisa com nursing, day surgery e Patient Education
7. Encontrados 17 artigos.
8. Após a leitura dos títulos e dos resumos e considerando as variáveis de inclusão e exclusão os artigos selecionados para análise foram:
 - Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients;
 - Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment service experienced by patients undergoing general anaesthesia in a day surgery setting;
 - Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale;
 - Patient satisfaction following day surgery;
 - Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review;
 - Effects of preoperative ambulatory gynecological education: Clinical outcomes and patient satisfaction;
 - Important Attributes of Quality Health Care: Consumer Perspectives.

Posteriormente a pesquisa foi realizada na base de dados EBSCOhost web selecionando todas as opções de outras bases (Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; SPORTDiscus with Full Text; MedicLatina; Psychology and Behavioral Sciences Collection; ERIC; Regional Business News; Library, Information Science & Technology Abstracts):

1. Palavras-Chave: Ambulatory surgery, nursing, patient information, satisfaction;
2. Pesquisa realizada no dia 13/12/2013 às 17:10;
3. Encontrados 6 artigos;
4. Após a leitura dos títulos e dos resumos e considerando as variáveis de inclusão e exclusão os artigos selecionados para análise foram:
 - Measuring and improving ambulatory surgery patients' satisfaction.
 - The nursing role in patient education regarding outpatient neurosurgical procedures.
 - The nurse's role in day surgery: a literature review.

5. Posteriormente foi realizada outra pesquisa na mesma base de dados trocando Ambulatory Surgery por Day surgery;
6. Encontrados 8 artigos;
7. Artigos selecionados foram iguais aos citados anteriormente.

A última pesquisa foi realizada na base de dados Pubmed, seguindo os passos seguintes:

1. Palavras-Chave: Ambulatory surgery, nursing, patient information, satisfaction;
2. Pesquisa realizada no dia 13/12/2013 às 18:30;
3. Encontrados 2 artigos;
4. Após a leitura dos títulos e dos resumos e considerando as variáveis de inclusão e exclusão os artigos selecionados para análise foram:
 - Patient acceptance of day surgery.
5. Posteriormente foi realizada outra pesquisa na mesma base de dados trocando Ambulatory Surgery por Day surgery;
6. Encontrados 5 artigos;
7. Artigos selecionados foram iguais aos citados anteriormente.

Após a seleção destes artigos surgiu a questão: Não haverá mais artigos com informação importante? A resposta a esta pergunta é afirmativa, no entanto e em concordância com FORTIN (1999) é necessário considerar o tempo fixado para a investigação. Muitos podem ser os autores/documentos que apresentam informação relevante para a questão de investigação colocada anteriormente, contudo, considerando o tempo disponibilizado foi selecionados os artigos anteriores. Não há um limite nem um número mínimo de documentos para analisar, pelo que dessa forma e prosseguindo para os objetivos seguintes foram selecionados os 14 artigos referidos anteriormente. Após análise desses 14 artigos e procurando responder à questão de investigação foi produzido um pequeno texto apresentado no capítulo dos “Resultados e Discussão” mais concretamente no subcapítulo 3.5.1 intitulado de pesquisa científica.

Em relação ao tempo previamente definido para a realização deste objetivo foi necessário uma pequena alteração. Estava inicialmente definido para o mês de outubro e novembro, no entanto, o mês de dezembro foi igualmente inserido no tempo de realização das pesquisas bibliográficas e científicas.

3.4.2. Avaliar a satisfação das pessoas em relação à informação que é fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório

Após a revisão bibliográfica realçada anteriormente foi levantado a possibilidade de já existir algum instrumento de avaliação específico para a análise do trabalho. Nesta fase e como descrito anteriormente foi conversado com a Enfermeira Coordenadora assim como com outros enfermeiros do Centro Hospitalar, procurando conhecer a existência ou não de um instrumento de avaliação da satisfação direcionado para a cirurgia de ambulatório. Após alguns contactos foi identificado um instrumento de avaliação da satisfação em relação à informação fornecida às pessoas no âmbito da cirurgia de ambulatório. Este instrumento (anexo I) da autoria da Enfermeira Helena Ribeiro seria um excelente documento para utilizar no presente projeto. Após esta informação foi realizado um primeiro contacto via *email*, incluindo a apresentação, o objetivo do trabalho e o pedido para utilização do instrumento de sua autoria. A Enfermeira Helena Ribeiro aceitou o pedido para utilização do seu questionário, enviando-o de seguida, juntamente com a autorização para sua utilização (anexo II).

Com este *email* assegura-se a autorização por parte da autora do documento solicitado. Não seria ético nem moralmente aceite utilizar um instrumento sem autorização do autor. Em anexo ao mesmo *email* foi enviado o instrumento de avaliação solicitado, estando esse em anexo deste trabalho.

O questionário é um dos métodos de colheita mais utilizados pelos investigadores. Com este instrumento pode recolher informação sobre vários aspetos, sendo neste trabalho de opiniões. Estes podem ser preenchidos pelos próprios participantes ou pelo assistente de investigação em presença do participante ou pelo telefone (FORTIN et al., 2009).

Após a análise do documento enviado por parte da Enfermeira Helena R. e realizada pesquisa bibliográfica sobre implementação de questionários, realçando o livro de HILL et al. (2005), intitulado de Investigação do Questionário foram realizadas várias etapas até chegar a um questionário final. Numa primeira fase e segundo o autor anterior é necessário que uma pessoa que conheça o serviço e o tipo de pessoas possa analisar a relevância das perguntas, podendo eliminar perguntas desnecessárias bem como reformular perguntas mais relevantes.

Nesta etapa foi igualmente importante os resultados da pesquisa científica podendo adequar o questionário aos resultados referidos pelos autores.

Nesta fase inicial e adequando ao objetivo de avaliar a satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na

preparação para os cuidados após a alta em contexto de cirurgia de ambulatório, foram realizados as seguintes alterações:

- Retirado a equipa cirúrgica;
- Inserida nova questão sobre antibioterapia segundo protocolo;
- Retirada questão de avaliação da informação com o tópico “Modo geral”.

O primeiro ponto foi retirado, considerando que essa informação não acrescenta nada em relação ao objetivo de estudo, sendo dessa forma considerado desnecessário para o presente trabalho. A cirurgia de ambulatório do hospital onde foi realizado este estágio tem autorização por parte do conselho de administração em entregar antibiótico (para 3 dias) às pessoas que o cirurgião considere importante a administração desse medicamento. Dessa forma foi inserida essa questão no instrumento de avaliação. O terceiro ponto apresentado foi destacado devido a existir uma repetição da pergunta final em que se questiona sobre a satisfação em geral.

Após estas alterações e realizado um primeiro protótipo foi entregue o instrumento à equipa de enfermagem para recolha de sugestões para adaptação do mesmo. Nesta fase houve várias modificações que resultaram das sugestões da equipa, resultando nas seguintes alterações:

- Retirado a questão sobre se gostaria de voltar a ser contactado e trocado por se aconselharia esta modalidade a um familiar/conhecido;
- Alterado o vocábulo útil para satisfeito.

A questão foi reformulada por sugestão da equipa que referiu ser pouco importante nesta fase inicial de recuperação da pessoa e ainda levantando o facto de a pessoa voltar a ser contactada ao fim de 30 dias. O outro aspeto a ser alterado foi a palavra útil para satisfeito, ou seja, as questões estavam realizadas procurando a utilidade de certas informações. Neste trabalho o objetivo é a análise da satisfação sobre a informação, sendo esse o motivo da alteração do vocabulário.

Após as alterações gramaticais das questões foi tentado manter a neutralidade das questões. Isto é, as perguntas devem ser escritas por forma a não influenciar a resposta nem para o polo positivo nem para o polo negativo. Além da neutralidade das questões, as respostas foram construídas com base numa escala ordinal, mais especificamente uma escala de likert. Segundo HILL et al. (2005), as escalas ordinais admitem uma ordenação numérica das suas categorias, apesar de da diferença entre categorias. Segundo FORTIN et al. (2009, p.573) a escala de likert “permite um sujeito

expressar o seu grau de acordo ou de desacordo com cada um dos enunciados propostos; o score final dá indicações sobre a atitude ou a opinião global do sujeito”.

Após estas alterações foi obtido um segundo protótipo que foi discutido em grupo com os autores do trabalho. Neste protótipo optámos por introduzir uma questão de resposta aberta dando liberdade às pessoas de referirem alguma sugestão para a melhoria dos cuidados de enfermagem em relação à informação fornecida. Nessa reunião foi ainda realçado as seguintes alterações:

- Retirado a questão sobre protocolo para náuseas e vômitos;
- Retirar dados de idade e escolaridade do acompanhante.

A questão sobre o fornecimento de medicamento para náuseas e vômitos tinha já sido falado pela equipa de enfermagem, contudo ainda não tinha sido explicado o motivo de não se fornecer medicamentos antieméticos no serviço em questão. Foi explicado que em trabalhos realizados anteriormente se tinha concluído que devido ao tipo de anestesia as pessoas não apresentavam situações de náuseas e vômitos pós-operatórios pelo que esse era o motivo de não se fornecer essa medicação. Dessa forma foi retirado a questão do instrumento de avaliação, mantendo na mesma a avaliação de náuseas e vômitos podendo assim perceber se é necessário repensar ou não sobre esse assunto. Em relação à idade e escolaridade dos acompanhantes a Orientadora considerou desnecessário, não obtendo ganhos dessa informação, alegando que muitas vezes o acompanhante presente não é o adulto responsável que irá estar com a pessoa nas primeiras 24 horas.

Após estas alterações foi construído um protótipo III. Nesta fase foi considerado importante apresentar o instrumento a algumas das pessoas operadas na cirurgia de ambulatorio, percebendo se existem questões confusas, ambíguas e/ou demasiado “sensíveis” (informação demasiado pessoal). Foi então colocado o instrumento a 3 pessoas que após explicação do objetivo do mesmo deram o seu consentimento assim como seus acompanhantes para preenchimento do questionário e referirem se existe algum problema. Estes após terem realizado o questionário não referiram nenhuma dificuldade, alegando perceberem todas as questões. Este estudo preliminar segundo HILL et al. (2005), deveria ter sido realizado a uma amostra de pelo menos 50 pessoas ou segundo FORTIN et al. (2009), entre a 10 a 20 pessoas, para posteriormente poder ser implementado. Esta é uma limitação deste questionário, pois devido à falta de tempo houve apenas hipótese de o realizar num dia de cirurgia, obtendo apenas 3 pessoas para sua análise.

Após estas etapas chegou-se a um protótipo que no momento foi chamado de Protótipo Final, contudo essa não foi a verdade dado terem havido alterações não planeadas na fase de pedido de autorização hospitalar.

Este protótipo apresenta questões fechadas e questões abertas, analisando vários aspetos da informação fornecida pelos enfermeiros. FORTIN et al. (2009) refere a importância desta adaptação, sublinhando a possibilidade de juntar ou suprimir questões para poder responder às exigências da investigação.

Posteriormente para a implementação do questionário foi necessário pedir autorização ao órgão máximo da instituição, ou seja, à administração do centro hospitalar.

Como refere NUNES (2013) a realização de um trabalho académico deve estar obrigatoriamente autorizado por quem tem a responsabilidade e a representação da organização. Neste processo são vários os documentos necessários para futura solicitação à administração hospitalar para a realização do projeto. Neste projeto especificamente os documentos necessários para autorização foram:

- Instrumento a ser implementado;
- Pedido de autorização formal;
- Síntese da Proposta de trabalho;
- Termo de Autorização / Responsabilidade do Diretor de Serviço e do Enfermeiro Chefe/Coordenador do Serviço onde se pretende realizar o estudo.

Estes foram os documentos referenciados como imprescindíveis para autorização por parte da administração hospitalar. Nesta fase houve vários contactos realizados com a Enfermeira Cláudia Estevão, responsável pela área de formação do Centro Hospitalar. Com o apoio da Enfermeira foram realizadas várias alterações nos documentos iniciais, por forma, a estarem formalmente corretos, assim como aptos a serem avaliados para futura autorização. Nesta fase e não estando planeado foram realizadas alterações no Instrumento de Avaliação da Satisfação. Alterações que foram no objetivo de neutralizar qualquer hipótese de as pessoas poderem ser reconhecidas através dos dados presentes. Este instrumento tem o anonimato como fator inerente, contudo e com o auxílio da Enfermeira Cláudia foi analisado e retirados outros aspetos que poderiam levar à falta do anonimato. As alterações realizadas no instrumento foram:

- Retirado dia da Cirurgia;
- Retiradas as assinaturas;
- Retirado qual o Enfermeiro responsável pela transmissão de informação;
- Retirado a data da 1ª consulta.

Estas alterações foram realizadas devido ao facto de a administração hospitalar considerar que são informações passíveis de identificar a pessoa. Em relação à assinatura e à identificação do Enfermeiro responsável é um dado que apenas providencia a identificação do profissional, não sendo esse o objetivo do trabalho, mas sim realçar quais os aspetos a melhorar independente do profissional em questão.

Após estas alterações foi então obtido o Instrumento final (Questionário final – apêndice V) passível a ser implementado após autorização. Com a entrega de todos os documentos, previamente analisados e reformulados foi obtido a autorização no dia 19 de Novembro de 2013 tendo como premissa as seguintes frases: *“Está reunida a documentação necessária. Clarificados os moldes de aplicação do questionário aos doentes. Creio reunir condições para autorização pela Direção de Enfermagem.”*. Esta autorização foi fornecida para implementação do instrumento de avaliação durante o tempo requisitado, ou seja, durante o mês de dezembro de 2013 e janeiro de 2014.

Após a obtenção da autorização para a implementação do questionário, ficámos aptos a realizar o questionário às pessoas operadas em cirurgia de ambulatório.

A implementação do instrumento de avaliação teve a duração de dois meses (dezembro e janeiro). Durante este período a equipa de Enfermagem teve conhecimento da realização dos questionários às pessoas operadas. Como refere BELL, (1997) o número de pessoas incluídas na investigação depende do tempo disponível para o projeto. Neste caso específico o tempo disponível para a implementação do instrumento de avaliação foram de 2 meses. Na população abrangida nestes dois meses foram selecionados como critérios de inclusão os seguintes aspetos: todas as pessoas que tivessem mais de 18 anos, sem limitações psicológicas que dependessem de terceiros e soubessem falar português, sendo essa a amostra do estudo. Estes três critérios foram selecionados, devido ao facto de só adultos com ou mais de 18 anos assim como adultos sem limitações psicológicas poderem dar seu consentimento sem necessitar de terceiros. A capacidade de falar português deve-se ao instrumento de avaliação estar realizado/redigido na língua portuguesa. Este projeto tem como grupo selecionado uma amostra por oportunidade, dado serem pessoas operadas durante o período destinado ao estudo. Com esta caracterização da amostra e segundo NUNES (2013) é assegurando que a amostra não identifica os sujeitos do estudo.

Para a recolha dos dados foi aplicado um instrumento, referenciado anteriormente, com duas partes. A primeira parte do questionário é relativa aos dados sociodemográficos e a segunda parte integra as questões relacionadas com a satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

Em qualquer projeto de intervenção que envolva o ser humano, os procedimentos formais e éticos, bem como a deontologia devem ser cumpridos rigorosamente e respeitados, sendo que o direito à recusa foi salvaguardado sem qualquer prejuízo. A recolha de dados só teve início após a pessoa dar o seu consentimento que foi obtido verbalmente na presença do acompanhante (consentimento testemunhado) no dia da cirurgia imediatamente após a alta da pessoa, fornecendo a seguinte informação:

“O meu nome é André Couto e sou Enfermeiro neste Hospital. Estou também a frequentar o Mestrado em Enfermagem Perioperatória, no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde de Setúbal, onde me foi solicitado a realização de um Projeto de Intervenção a ser desenvolvido durante o estágio da Unidade Curricular. Este Projeto de Intervenção desenvolve-se no âmbito da Cirurgia de Ambulatório, focando-se nos ensinamentos realizados e tem como título: “A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.”.

De forma a concretizar o projeto em causa, solicitamos a sua colaboração e disponibilidade para a realização do questionário. As suas opiniões e experiências vivenciadas são uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

De salientar que será garantido que tanto as suas respostas como a sua identidade serão mantidas confidenciais e anónimas. A sua participação é voluntária e está salvaguardado o direito à recusa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.”

A primeira parte do instrumento de avaliação foi realizado junto à pessoa no dia da cirurgia após o consentimento livre e esclarecido ter sido dado pela mesma. A segunda parte do instrumento foi realizada através de um telefonema após 24h da alta da Cirurgia de Ambulatório realizado pelo autor do projeto. Em média o tempo do telefonema variou entre os 7 e os 10 minutos, incluindo a aplicação do instrumento de avaliação e a realização do documento institucional do telefonema das 24 horas. O consentimento é novamente questionado no telefonema, avaliando se a pessoa deseja ou não manter o seu desejo inicial.

Concluindo foram realizados vários questionários, sempre seguindo os parâmetros de anonimato assim como de consentimento livre e esclarecido respeitando os valores e interesses da pessoa, iniciando-se os questionários no dia 3 de dezembro de 2013 e finalizado no dia 31 de janeiro de 2014.

Neste capítulo quero referir que na primeira semana de implementação foi encontrado um lapso numa das questões. Na questão sobre o grau de escolaridade, não estava incluído o Ensino Secundário, pelo que por forma a resolver a situação foi inserido

o Ensino Secundário na resposta Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo, ficando Ensino Básico e Secundário. Nos resultados é esta a denominação apresentada.

Posteriormente à implementação foi necessário juntar todos os questionários implementados para inserção dos dados no programa SPSS. Nesta fase foi possível perceber que a população destes dois meses foi de 87 pessoas. Destas 87 pessoas, 3 tinham menos de 18 anos ficando fora da seleção. Não houve nenhuma pessoa que não soubesse falar português ou que tivesse alguma limitação psicológica. Desta forma foi realizada a primeira parte do questionário a 84 pessoas, contudo 1 destas pessoas referiu não estar disponível no momento do contacto telefónico (após 24h), e 8 pessoas não atenderam o telefonema realizado várias vezes (3 contactos) no dia seguinte à cirurgia. Desta forma a amostra selecionada para a análise dos dados foi de 75 pessoas. Todas as pessoas deram o seu consentimento em dois momentos. Primeiro no momento da alta, em testemunho da pessoa que a acompanhou, e segundo no dia do telefonema, sendo pedido de novo o seu consentimento.

Este questionário apresenta vantagens de desvantagens. É um meio rápido e pouco dispendioso para obter dados de um grande número de pessoas. Além destas vantagens FORTIN et al. (2009) ainda levanta a natureza impessoal do questionário, realçando a uniformidade do mesmo, assegurando uma constância, tornando possível a comparação entre participantes. O anonimato do mesmo é outro aspeto importante tranquilizando a pessoa para exprimir a sua opinião. Contudo o mesmo autor referido anteriormente refere que existem inconvenientes como taxas de resposta fracas e taxas de dados em falta podendo não ser representativo da população.

Os resultados obtidos e analisados através do programa SPSS, estão apresentados posteriormente no capítulo dos “Resultados e Discussão” mais especificamente no subcapítulo 3.5.2.

Nesse capítulo, onde irá ser apresentado os resultados da implementação dos questionários está dividido em duas grandes partes:

1. Estatística descritiva, que permite perceber a forma como se distribuem as respostas às questões colocadas no questionário;
2. Análise de inferência estatística.

Os métodos estatísticos utilizados durante a análise dos dados em SPSS foram a metodologia estatística, o teste de Qui-quadrado, e o teste ANOVA e Kruskal-Wallis.

Segundo a primeira metodologia, em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições dos valores verificados. As variáveis medidas em escala de Likert foram

analisadas através das categorias apresentadas, apresentando-se alguns dados relevantes, como (MAROCO, 2011; PESTANA et al., 2008):

- Os valores médios obtidos para cada questão (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior à média da escala);
- Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão;
- O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas;
- Os valores mínimos e máximos observados;
- Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

Segundo MAROCO (2011) e PESTANA et al., (2008) perante uma variável nominal e variáveis nominais ou ordinais, o teste adequado para verificar a relação entre a variável nominal e cada variável ordinal é o Qui-quadrado de Pearson, que se passa a explicar. Quando estamos perante duas variáveis deste tipo e queremos testar se existe alguma relação entre elas, utiliza-se o teste do Qui-Quadrado, em que temos as hipóteses:

- H_0 : As duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;
- H_1 : As duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

Quando o valor de prova for inferior a 5% ($p = 0,05$), rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de prova do teste for superior ao valor de referência de 5%, não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas.

Referindo os mesmos autores anteriormente citados para realizar o estudo da relação entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA.

O teste ANOVA coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.

- H1: As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Para aplicar um teste estatístico paramétrico (como ANOVA), é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S. Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se que a variável quantitativa siga uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa. Quando tal não sucede, devido a pelo menos um valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese. O teste paramétrico terá de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente. Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez da ANOVA tem de aplicar-se o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos.

Quero realçar que este objetivo foi realizado com grande ajuda da minha namorada, e de dois amigos que me auxiliaram e apoiaram a trabalhar com o programa SPSS. Sem eles demoraria muito mais nesta fase.

Após o tratamento dos dados, com resultados apresentados em gráficos e tabelas, é possível refletir sobre os dados chegando a algumas conclusões. Nesta fase foi refletido sobre cada um dos aspetos analisados do questionário. Além da estatística descritiva apresentada nos resultados foi ainda realizada inferências entre alguns dos aspetos. As inferências foram as seguintes:

- Inferência entre a questão “De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado? (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito)” e os tópicos do Sexo, Idade, Estado Civil, Profissão e Grau de escolaridade;
- Inferência entre “Neste momento o penso encontra-se: Repassado (resposta positiva)” e a Intervenção Cirúrgica;
- Inferência entre o valor da dor e a Intervenção Cirúrgica;
- Inferência entre o valor da dor e a Analgesia segundo Protocolo;

- Inferência entre não esteve bem-disposto e a Intervenção Cirúrgica;
- Inferência entre “Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta (em caso de resposta Negativa com Não leu como justificativa)” e o sexo, a idade e o grau de escolaridade;
- Inferência entre “Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta? (em caso de resposta Negativa com Não leu como justificativa)” e “Quem o acompanhou durante a sua vinda à UCA”.

A discussão dos resultados e as conclusões estão apresentadas no subcapítulo 3.5.2.1, logo a seguir aos resultados do questionário. Neste mesmo capítulo será feita a avaliação do questionário e da fase de implementação, retirando conclusões e aspetos melhorados durante este projeto. Durante estes meses de estágio/projeto houve melhorias na cirurgia de ambulatório, assim como levantamento de aspetos a melhorar no futuro, concluindo que por esses factos já foi um sucesso este mesmo projeto.

3.4.3. Identificar as dificuldades referidas pelos enfermeiros no momento dos ensinios

Nesta fase e após a implementação do instrumento de avaliação da satisfação foi realizado, como anteriormente planeado, uma Sessão Plenária com a Equipa de Enfermagem. Considerando que discussões/reuniões com grande número de pessoas é prejudicial à colheita de informação e devido a apenas uma parte da equipa de enfermagem prestar cuidados em cirurgia de ambulatório foi feita uma seleção dos elementos a estarem presentes. As pessoas presentes nesta Sessão Plenária foram Enfermeiros integrados em cirurgia de ambulatório que prestam cuidados no pré-operatório e na UCPA. Desta forma foram selecionados 9 Enfermeiros. Destes 9 Enfermeiros, 2 estavam ausentes por motivos de doença e férias, tendo sido realizada a sessão com 7 Enfermeiros, sendo um dos membros o moderador.

Para a realização desta sessão foi necessária autorização e marcação com Enfermeira Coordenadora com permissão para que os 7 Enfermeiros pudessem estar presentes na Sessão.

A sessão foi realizada segundo as atividades planeadas assim como os tópicos de discussão planeados anteriormente (Apêndice VI). A única diferença em relação ao previamente estabelecido foi o tempo de duração da Sessão. Esta demorou 50 minutos (entre as 15h20m e as 16h10m) em vez de 40 minutos estabelecidos no planeamento.

Durante a sessão o moderador foi redigindo notas de campo, com a informação mais pertinente, assim como os aspetos mais destacados pela equipa.

Após a análise das notas de campo foi possível identificar os aspetos mais realçados pela equipa em relação aos tópicos abordados. Essa informação é apresentada posteriormente no capítulo dos “Resultados e Discussão” mais especificamente no subcapítulo 3.5.3, onde é destacada a informação destinada a cada tópico discutido. No final foi agradecido a presença dos 7 elementos, destacando a sua importância na realização deste projeto.

3.4.4. Discutir com a equipa perioperatória os resultados finais.

Após a análise dos dados, assim como a reflexão sobre os mesmos é muito importante apresentar e discutir com a equipa quais foram os resultados e quais as conclusões que se pode retirar. Desta forma é difundida à equipa os resultados do projeto e em que medida este pode contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem.

No local onde foi realizado o projeto é realizada às sextas-feiras, entre as 8h e as 9h, reuniões de formação em que se abordam temas de interesse para o serviço como são realizadas formações pertinentes para o mesmo. No entanto após contactar com a Enfermeira Coordenadora foi definido o dia 10 de Março para a realização de uma sessão de apresentação dos dados obtidos através do instrumento de avaliação. Foi pedido pela Coordenadora a realização desta sessão numa data anterior à planeada no início do projeto. Esta data deve-se ao interesse de realizar várias sessões de apresentação e formação no serviço até ao final do ano. Anteriormente à sessão e por indicação do serviço de formação foram realizados alguns documentos legais.

Esta mesma apresentação foi realizada entre as 16:15 e as 16:40, com 15 minutos finais para questões/discussão. A apresentação realizada em *powerpoint* está em apêndice deste relatório (Apêndice VII).

Após a apresentação e discussão, ficou definido a necessidade de formação à equipa de Enfermagem em relação à informação fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório, que ficou de ser realizada futuramente, e se possível no dia 9 de Maio de 2014.

3.5. Resultados e Discussão

Nos seguintes subcapítulos será apresentada os resultados obtidos das várias etapas do processo no presente projeto assim como a discussão dos resultados, podendo retirar informação importante para a melhoria dos cuidados de Enfermagem em contexto Perioperatório.

3.5.1 Pesquisa Científica

A profissão de Enfermagem está em contínuo desenvolvimento, sendo possível através da investigação adquirir novas evidências científicas. Em colaboração com as pessoas podem-se descobrir novos significados das experiências vividas e com isso identificar os seus níveis de satisfação. Com este objetivo procura-se que a cirurgia de ambulatório continue a ser um serviço com enfermeiros com grandes competências humanas, fundamentadas numa prática de qualidade e de encontro aos valores éticos e deontológicos. Com base no referido anteriormente é imprescindível que nos questionemos sobre a forma como desenvolvemos as nossas práticas e os nossos projetos, analisando a opinião das pessoas com o objetivo de aumentar a sua satisfação (MARQUES, 2011).

Como já descrito anteriormente a cirurgia de ambulatório está definida no Diário da República, 1.ª série — N.º 21 Portaria 132/2009, Artigo 3º — 30 de Janeiro de 2009 a Cirurgia de Ambulatório é uma “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas”.

Neste contexto, e devido ao tipo de cirurgias e ao tipo de anestésias, as pessoas encontram-se sempre muito atentas e acordadas conseguindo avaliar o meio envolvente. Estas no momento da alta devem estar bem conscientes e orientadas preenchendo assim parte dos critérios de alta e com isso estarem cientes da informação que lhes é fornecida. Neste processo as pessoas são envolvidas tornando-se responsáveis pela manutenção da sua saúde (COSLOW et al., 1998). Com esta pesquisa vou tentar perceber quais os aspetos que as pessoas mais destacam sobre os ensinamentos e os cuidados pós alta em cirurgia de ambulatório. Os Enfermeiros devem perceber se as práticas que usam são as mais corretas, pois muitas vezes consideram que sim, no entanto as pessoas de quem cuidamos podem ter outra opinião. A Enfermagem, como profissão científica que é, necessita de renovação contínua do seu leque de

conhecimentos, que apenas a investigação pode fornecer. A investigação dá um contributo fulcral na prática clínica da Enfermagem, produzindo conhecimentos e validando outros. (MARQUES, 2011). A responsabilidade dos Enfermeiros na educação para a saúde deve ser enfatizada. Estes devem procurar ferramentas que ajudem neste processo, levando a resultados de excelência (COSLOW et al., 1998).

As pessoas de quem cuidamos, independentemente do cuidado, destacam sempre a receção dos Enfermeiros e a personalização do cuidado como um dos fatores de satisfação, como referido por MARQUES (2011). Desta forma, no mesmo documento é referido que existem situações em que as pessoas sentiram pouco acompanhamento, pelo que este deve ser um dos aspetos a ter em consideração na cirurgia de ambulatório. Estas desejam estar bem informadas podendo escolher quais os serviços e os cuidados que vão receber. O Enfermeiro deve assumir um papel de educador, sendo-lhe exigidas competências e conhecimentos dos princípios de ensino e aprendizagem (COSLOW et al., 1998). O mesmo autor apresenta que a aprendizagem das pessoas é facilitada quando a informação é vista como relevante e com implicações imediatas.

O atendimento de qualidade, quando realizado por todos os profissionais, promove a satisfação das pessoas, levando a que situações menos positivas sejam ultrapassadas sem atritos de maior (CORREIA, 2009/2010). No documento de OERMANN et al. (2000, p.168) é referido que as “pessoas definem como enfermagem de alta qualidade quando os enfermeiros estão preocupados em demonstrar cuidados de qualidade, competências e qualificações, quando comunicam eficazmente e quando lhes ensinam sobre os seus cuidados”¹. No documento de BAROUDI et al. (2010), a “The American Productivity Quality Center” indica que as pessoas quando satisfeitas expõem esse sentimento positivo a 5 outras pessoas e quando apresentam sentimentos negativos referem-no a entre 9 a 20 pessoas.

SANTOS et al. (2012) refere que o fornecimento de orientações e informações coerentes reduzem a insegurança das pessoas, favorecendo uma relação positiva com um vínculo de segurança, levando ao sucesso do tratamento e à satisfação da pessoa; isto está em concordância com LEMOS et al. (2008) que refere que as pessoas totalmente satisfeitas fazem parte do grupo de pessoas que reportam uma melhor informação pós-operatória recebida. O mesmo autor destaca o cuidado de enfermagem na fase pós-operatória onde o Enfermeiro previne e deteta complicações, ajuda no controlo da dor e no estabelecimento do equilíbrio fisiológico o mais brevemente possível.

¹ Consumers defined high-quality nursing care as having nurses who were concerned about them and demonstrated caring behaviors ($n = 148$), were competent and skilled ($n = 115$), communicated effectively with them ($n = 99$), and taught them about their care ($n = 97$).

COSLOW et al. (1998) na mesma linha de pensamento refere que informação organizada e precisa é benéfica para proporcionar um conhecimento correto e necessário para a pessoa, levando as pessoas a não necessitarem de cuidados de saúde emergentes (LEMOS et al., 2008).

A informação fornecida e sua importância é destacada por vários autores, com referência aos cuidados que a pessoa deve ter após a cirurgia, como refere uma pessoa no documento de (MARQUES, 2011, p.41): "...a enfermeira disse que devia ter a perna assim ligeiramente alta...". Várias pessoas no documento do mesmo autor referem a importância de saber o que podem ou não fazer a nível de atividade física após a cirurgia, assim como o que iriam sentir após a cirurgia, diminuindo a ansiedade numa situação de falta de sensibilidade após uma anestesia local ou em casos de raqui-anestesia. "Disseram-me que logo se não conseguisse mexer as pernas era normal e depois passava." (MARQUES, 2011, p.41). No caso de anestésias locoregionais as pessoas só vão para casa quando totalmente recuperadas da sensibilidade e da função motora, mas nos casos de anestésias locais a pessoa pode ir para casa com um dedo com défice de sensibilidade que irá passar ao fim de algumas horas. É importante informar a pessoa desse aspeto não sendo uma situação desconhecida e que provoque ansiedade. Já em outras situações pode haver toque ou rompimento de uma terminação nervosa provocando parestesias temporárias ou permanentes, nos casos permanentes a pessoa deve ter conhecimento da complicação, no caso de temporárias e mesmo que os Enfermeiros saibam que irá passar ao fim de algum tempo, deve ser fornecida a informação à pessoa. Segundo SANTOS et al. (2012), várias pessoas referiram a importância de alertar para o tempo de permanência da parestesia.

Como refere MARQUES (2011) estes ensinamentos devem ser iniciados antes da cirurgia e reforçados no pós-operatório em consonância com ZANCHETTA et al. (2004) que apresenta a mesma premissa. MARQUES (2011) apresenta discursos onde as pessoas referem a necessidade de saberem mais antes da cirurgia, contudo as pessoas destacam mais os cuidados e as informações do pré e intra-operatório. Em suma, as pessoas devem receber a informação sobre todo o processo perioperatório no período ideal de 10 a 14 dias antes da cirurgia. No entanto, e segundo o autor anterior, o facto da consulta pré-operatória ser realizada com um maior período de antecedência, pode constituir um fator gerador de stresse levando as pessoas a não reterem a informação necessária, sendo necessário adaptar a quantidade de informação à pessoa, complementando-a com a entrega de informação escrita. LEMOS et al. (2008) no seu artigo refere que a informação fornecida na consulta de anestesia não tem influência na satisfação das pessoas, considerando-se que esse evento se deve ao facto da consulta

ter sido realizada muitas semanas antes do dia da cirurgia, levando ao esquecimento por parte das pessoas. Dessa forma é importante, em colaboração com a pessoa, detetar a informação específica e relevante para auxiliar no planeamento da alta e a recuperação em casa (RHODES et al., 2005). Conforme o mesmo autor citado anteriormente e segundo MAREK e BOEHNLEIN (2010), citado por MARQUES (2011), deve ser iniciado o planeamento para a alta no período pré-operatório, sendo fornecida informação ao longo dos cuidados e reforçada a informação sobre os cuidados pós-operatórios no momento da alta.

A informação não deve ser apenas fornecida, esta deve ser reforçada com pedido de feedback, compreendendo se a pessoa percebeu toda a informação por forma a enfrentar possíveis dificuldades vivenciadas no período pós-operatório. Este fornecimento de informação deve ser feito de forma clara e objetiva, garantindo a compreensão da pessoa e de um familiar ou acompanhante, sendo estes imprescindíveis para uma evolução pós-operatória favorável, satisfatória e livre de desconfortos físicos e emocionais, proporcionando uma continuidade de cuidados (MARQUES, 2011; SANTOS et al., 2012). Em relação a este aspeto, o autor CORREIA (2009/2010) no seu estudo procura perceber a clareza da informação, tendo feedback bastante positivo com mais de 80% de respostas “muito bom” em relação à clareza da informação. FARBER (2010) destaca que todos os profissionais de saúde devem ter a capacidade de ouvir, de ser perspicazes e antecipar as necessidades da pessoa e família, requerendo competências na área da comunicação e da empatia. Segundo ZANCHETTA et al. (2004) uma comunicação efetiva conduz a vários pontos positivos como a satisfação da pessoa, levando à melhoria da qualidade de vida.

O reforço das informações transmitidas no momento da alta são referidas em MARQUES (2011) e ZANCHETTA et al. (2004), onde as pessoas enunciaram a informação sobre os cuidados ao penso, como tomar a medicação, as informações para o centro de saúde, sobre os cuidados/procedimentos que devem realizar, o conhecimento das complicações e dos sintomas, bem como das medidas preventivas a tomar, destacando a disponibilidade apresentada com entrega de um contacto telefónico para casos de dúvidas ou complicações, estando esta informação em concordância com COSLOW et al. (1998), e mais recentemente com a AESOP (2006) já referido anteriormente na fundamentação teórica. MARQUES (2011) ainda refere as indicações de analgesia, o facto de não poderem conduzir e o contacto telefónico no dia seguinte como cuidados importantes e tranquilizantes referidos pelas pessoas. Este contacto telefónico no documento de CORREIA (2009/2010) é afirmado por 92,5% das pessoas como tendo sido realizado, levantando a importância do telefonema em casos de

necessidade/intercorrências. RHODES et al. (2005) em semelhança ao referido anteriormente destaca o fornecimento de informação sobre o controlo da dor, o reconhecimento de complicações, recomendações para cuidados em casa e o fornecimento de um contacto telefónico para alguma situação necessária. Este autor sublinha a importância de um espaço próprio para esse fornecimento de informação, dado considerar que um espaço calmo e sem interrupções contribui para melhorar a satisfação da pessoa.

RHODES et al. (2005, p.185) após a realização do estudo destacou algumas recomendações que considera importantes. As recomendações que destaco relacionadas com o tema são¹:

- “1. Realizar o contacto pré-operatório com as pessoas de forma a fornecer a educação específica e a informação (oral e escrita) relevante sobre o seu procedimento, os detalhes relativamente à admissão, o que esperar do período perioperatório e as necessidades para após a alta. Esse momento é igualmente uma oportunidade para que os pacientes expressem as suas preocupações.
- 8. Melhorar as competências de comunicação, de escuta ativa e de fornecimento de todos os aspetos importantes para o seu cuidado.
- 9. Fornecer apoio, confiança e assistência se necessário.
- 12. Providenciar um mecanismo de feedback às pessoas de forma a poderem reportar a sua satisfação em relação aos cuidados na cirurgia de ambulatório como o telefonema de follow up. Discutir em reuniões com a equipa os comentários das pessoas.”

OERMANN et al. (2000) apresenta o ensino sobre a doença, os cuidados em casa, os cuidados preventivos e a possibilidade de telefonar para um Enfermeiro para colocação de dúvidas/perguntas importantes como aspetos muito valorizados na qualidade em saúde. Em paralelo a esta última parte, FRACZYK et al. (2010) refere que apesar de apenas dois entrevistados terem referido preocupações com os cuidados pós-operatórios, este é um fator de stresse especialmente para quem vive sozinho. As

¹ 1. Pre-admission contact with patients to provide specific, relevant education and information (verbal and in written form) about their procedure, details concerning their admission, what to expect during the perioperative period and needs following discharge. Also provide an opportunity for patients to voice any concerns.

8. Improve communication skills, listen to patient and explain all aspects of care.

9. Provide support, reassurance and assistance as required.

12. Provide a feedback mechanism for patients to report on their satisfaction of care in the day surgery unit such as telephone follow up and providing comment and feedback forms. Discuss patient comments at ward meetings.

peessoas devem ser tranquilizadas e aconselhar o contacto telefónico para retirar dúvidas, mesmo que ainda numa fase pré-operatória.

Em SANTOS et al. (2012) as pessoas destacam a necessidade de obterem informação necessária que auxilie na redução do edema no local da cirurgia, como a aplicação de baixas temperaturas, assim como massagem e drenagem linfática para situações específicas. Outra informação necessária para a satisfação das pessoas é o tempo de recuperação da cirurgia. O desconhecimento do tempo de recuperação e reabilitação gera conflitos emocionais, com arrependimento da decisão cirúrgica tomada. Deste modo é necessário informar a pessoa do tempo previsto de recuperação, de forma a esta estar ciente do tempo necessário.

MARQUES 2011 e ZANCHETTA et al. (2004) apresentam que, em ligação à informação fornecida oralmente, as pessoas destacam o panfleto informativo como facilitador e importante para o esclarecimento de dúvidas. Em concordância, SANTOS et al. (2012) refere que este documento deve ter as orientações escritas de forma clara, detalhada de maneira que a pessoa compreenda a informação recebida. CORREIA (2009/2010) em relação aos documentos de apoio/material informativo levanta a imagem como aspeto a considerar, pois refere que as pessoas no seu estudo consideraram “mau” a imagem, não tendo uma imagem moderna e agradável. Outro autor refere que um dos aspetos destacados pelas pessoas é a quantidade de informação escrita sobre o seu tratamento ajudando na recuperação. Essas pessoas apresentam como vantagem os cuidados fornecidos para o pós-operatório em casa serem fornecidos por um enfermeiro familiarizado com a cirurgia e conhecendo os cuidados mais adequados. (FENTON-LEE et al., 1994)

MARQUES (2011) sublinha que o fornecimento da informação não deve ser feito de forma padrão, esta deve diferir de pessoa para pessoa, tendo em conta os conhecimentos prévios manifestados pela pessoa devido a terem tido uma consulta pré-operatória ou experiência de outras cirurgias semelhantes. COSLOW et al. (1998), na sua pesquisa encontra alguns artigos que apresentam o género como fator de interesse pela informação, ou seja, que as mulheres procuram mais informação sobre a sua saúde que os homens. Segundo FARBER (2010) as pessoas têm cada vez mais informação acessível sobre os cuidados de saúde. Desta forma as pessoas apresentam expectativas mais altas, comparando sempre a sua experiência com outras anteriores.

Segundo OERMANN et al. (2000) as pessoas com níveis literários mais baixos consideram mais importantes os ensinamentos dos enfermeiros sobre os cuidados de saúde do que as pessoas com níveis de educação superior. Segundo LEINO-KILPI et al. (2009) as pessoas proactivas na procura de informação têm tendência em receber menos

informação do que as pessoas menos proactivas. Este autor tenta responder a essa questão referindo que as pessoas mais ativas apresentam mais conhecimento relacionado com a saúde, portanto sentem que não receberam novos conhecimentos. Este facto representa um desafio aos enfermeiros, que devem adaptar a informação fornecida de acordo com o nível de conhecimento das pessoas procurando perceber quais as preferências de informação das pessoas que cuidam. No artigo de GILMARTIN et al. (2007), baseando-se em outros documentos, existem estudos com resultados discrepantes, desde muito satisfeitos com a informação recebida como não satisfeitos. Esta diferença de resultados varia muitas vezes pela temática abordada no ensino assim como pelo tipo de pessoas, destacando-se que as pessoas mais ativas na procura de informação apresentam sempre maior necessidade de informação completa e minuciosa.

3.5.1.1 Discussão dos resultados da pesquisa científica

Com o grande crescimento da cirurgia de ambulatório é necessário inovar e procurar desenvolver as competências dos enfermeiros, investigando modelos de cuidados mais eficazes e quais os cuidados desejados pelas pessoas. A necessidade de informação é inerente à pessoa, e em ligação à teoria de Betty Neuman a pessoa mais informada apresenta “linhas” mais fortes de forma a enfrentar situações de stresse. Com base no já escrito anteriormente é de destacar o impacto que a informação tem na qualidade de vida da pessoa. Segundo LEINO-KILPI et al. (2009) as pessoas precisam de estar bem informadas de forma a orientar os cuidados em casa. Este mesmo autor refere essa importância destacando que as pessoas operadas em cirurgia de ambulatório não são muito ativas na procura de informação, contudo esta premissa não é corroborada por outros autores. Esta diferença deve-se à cultura e às características demográficas das pessoas que são operadas em cirurgia de ambulatório.

Na leitura destes documentos é de sublinhar que a satisfação da pessoa é influenciada por inúmeros fatores, como o tempo de espera, o controlo da dor, a simpatia, a informação para os cuidados em casa, etc.

Como referido anteriormente, é muito importante a formação na qualidade dos cuidados. Este é um dever dos enfermeiros e deve ser um objetivo para toda a vida dos mesmos, procurando através da investigação e de estudos com base científica melhorar a sua prática diária. Com esta pesquisa e com este trabalho este é um dos meus objetivos, como posso desde já referir que está a ser resolvido, isto é, hoje após a pesquisa e a leitura aprofundada de vários documentos consigo perceber onde devo trabalhar e como o executar. FARBER (2010) sublinha do seu artigo que os Enfermeiros

com mais formação proporcionam um nível de satisfação superior nas pessoas de quem cuidam. Outro autor já citado, GILMARTIN et al. (2007), refere que a equipa deve prestar cuidados nas várias valências da cirurgia de ambulatório, trabalhando várias competências procurando a obtenção de cuidados excelentes. O mesmo autor destaca que a equipa de enfermagem não se deve prender às limitações tecnológicas e económicas. Atualmente existe evidência que oferece dados que nos trazem recomendações, inovação e coesão.

Em suma os Enfermeiros têm uma grande responsabilidade nos ensinamentos que realizam, estes são a chave para uma recuperação rápida das pessoas assim como o estabelecimento rápido do seu estado normal, providenciando qualidade de vida em todo o processo. Para este apeto é necessário obter competências de ensino, e comunicação e de empatia, não esquecendo a realização de um plano de cuidados personalizado com avaliação posterior.

Após a leitura dos vários documentos é perceptível que existem informações mais destacadas, sendo comuns aos vários autores como:

- Informação sobre as complicações e medidas preventivas;
- Informação sobre o controlo da dor;
- Quais os cuidados ao penso/Cuidados à zona operada;
- Qual a atividade física permitida;
- Forma de tomar a medicação;
- Tempo de recuperação e contactos posteriores.

Esta informação não deve ser fornecida a todas as pessoas da mesma forma. É importante o Enfermeiro adaptar a informação às necessidades da pessoa, procurando reforçar as ideias, com pedido de feedback e realizando o ensino de forma mais clara e objetiva possível. ZANCHETTA et al. (2004) destaca que a comunicação deste tipo de informação deve ser realizada de forma apropriada e nos tempos corretos resultando no aumento da satisfação, na diminuição da depressão, da ansiedade e da dosagem de medicamentos analgésicos.

Em complemento à informação necessária para os cuidados em casa, todos os autores destacam a importância da entrega de um documento escrito em complemento à informação oral. Este documento vai promover o esclarecimento de dúvidas e vai conter um contacto telefónico imprescindível para o contacto da pessoa em caso de dúvidas ou complicações. Este documento escrito deve ser claro, objetivo e simples fomentando o estabelecimento de um conhecimento completo para a pessoa e seu familiar/amigo. O contacto telefónico referido anteriormente é também um excelente método para avaliação

da satisfação, receção de sugestões por parte das pessoas, monitorização da dor, entre outros aspetos importantes para a manutenção da qualidade de vida.

Sendo cirurgias que a pessoa pode ter alta no próprio dia é imprescindível as pessoas e seus familiares e amigos estarem interligados em todo o processo perioperatório. Esta é uma intervenção poderosa que os Enfermeiros devem implementar proporcionando uma experiência positiva à pessoa e toda a sua comunidade envolvente. Em complemento ZANCHETTA et al. (2004), refere que é importante melhorar as ligações entre a equipa da cirurgia de ambulatório e as pessoas em casa, dando como exemplo grupos de suporte, equipas de emergência, profissionais residentes para esclarecimento de dúvidas, etc.

Como abordado no início da reflexão a satisfação da pessoa depende de inúmeros fatores, contudo um aspeto inerente a todas as pessoas é as expectativas que trazem de situações anteriores ou informação recebida por outras pessoas. Dessa forma é fulcral a relação terapêutica com a pessoa procurando perceber quais as expectativas a personalizando a sua experiência durante o período perioperatório no âmbito da cirurgia de ambulatório.

Em conclusão penso ter obtido respostas para a questão de investigação colocada no início assim como outros aspetos importantes que influenciam a satisfação das pessoas. Consideramos que através da compreensão e das perceções das pessoas que se pode desenvolver e melhorar as intervenções de enfermagem.

3.5.2 Questionário de avaliação

Neste subcapítulo estão apresentados os resultados da implementação de um questionário de avaliação da satisfação em relação à informação para os cuidados pós-operatórios em cirurgia de ambulatório. Este questionário e em concordância com a definição de questionário de FORTIN et al. (2009), é um instrumento de colheita de dados contendo uma série de questões com o objetivo de avaliar a satisfação junto das pessoas operadas em cirurgia de ambulatório. Amostra constituída por 75 elementos (N=75).

Caracterização Demográfica

	Frequência	Percentagem
Masculino	23	30,7
Feminino	52	69,3
Total	75	100,0

Quadro I - Quadro de frequências: Sexo

Sexo:

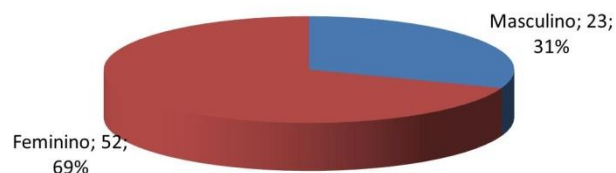


Gráfico I – Frequência: Sexo

Na amostra, 69% das pessoas são do sexo feminino e os restantes 31% do sexo masculino.

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade (anos):	75	52,2	15,1	29%	19	82

Quadro II - Idade: Estatísticas

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 52,2 anos, com uma dispersão de valores de 29%. O valor mínimo e máximo são, respetivamente, 19 e 82 anos.

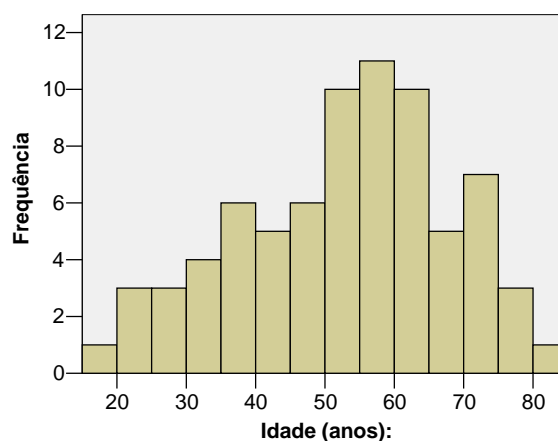


Gráfico II – Frequência: Idade

Pode observar-se que a distribuição das idades se verifica principalmente, entre os 50 e 65 anos, e posteriormente entre os 35 e 50 anos e entre os 65 e 75 anos, diminuindo a frequência para as idades extremas.

Em seguida a idade foi recodificada em quatro classes de acordo com os seguintes valores, facilitando a leitura.

	Frequência	Percentagem
Até 35 anos	11	14,7
36-50 anos	19	25,3
51-65 anos	31	41,3
Mais de 65 anos	14	18,7
Total	75	100,0

Quadro III – Frequências: Idade (classes)

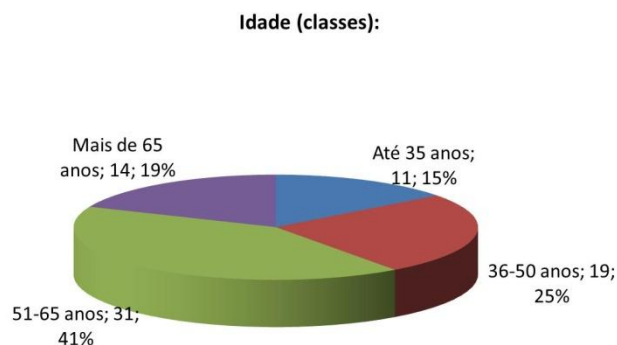


Gráfico III – Frequência: Idade (classes)

Na amostra, a classe etária mais representativa é 51 a 65 anos com 41%, seguida de 36 a 50 anos com 25%, de mais de 65 anos com 19%, e a classe com idades até 35 anos representa 15% da amostra.

	Frequência	Percentagem
Solteiro/a	14	18,7
Casado/a	45	60,0
Divorciado/a	6	8,0
Viúvo/a	5	6,7
Outro	5	6,7
Total	75	100,0

Quadro IV – Frequências: Estado Civil

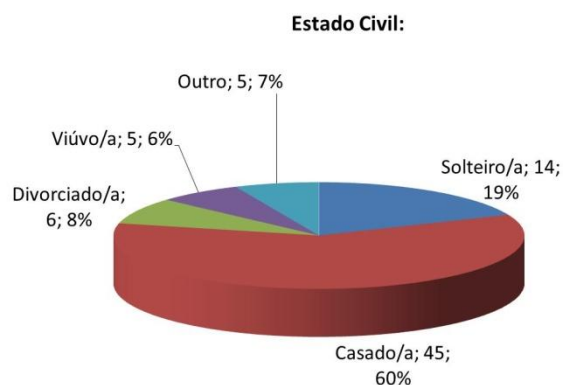


Gráfico IV – Frequência: Estado Civil

Pelos resultados é possível observar que 60% das pessoas são casadas, 19% são solteiras, 8% são divorciadas, 6% são viúvas e 7% respondem outro, sendo que todas as pessoas que assinalaram outro especificam união de facto. Desta maneira, podemos recodificar a variável juntando União de facto a Casado ficando 66,7% da amostra.

	Frequência	Percentagem
Estudante	1	1,3
Desempregado/a	13	17,3
Trabalhador por conta de outrem	30	40,0
Reformado/a	24	32,0
Outro	7	9,3
Total	75	100,0

Quadro V – Frequências: Profissão

Na amostra, 40% das pessoas são trabalhadoras por conta de outrem, 32% são reformadas, 17% estão desempregadas, uma pessoa é estudante e 10% respondem outro, destes: 6% trabalham por conta própria e 4% são domésticas.

Na amostra, 3% das pessoas não apresentam nenhum grau de escolaridade, 52% têm o ensino básico do 1.º ciclo (4ºano), 32% apresentam ensino básico ou secundário e 10% têm ensino superior. Verificam-se ainda 3% (dois elementos) que responderam “outro”, um específico do curso de gestão e produção de cozinha e outro do curso geral de comércio.

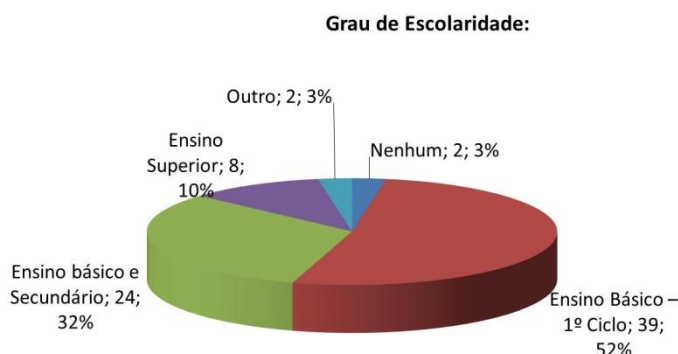


Gráfico V – Grau de Escolaridade

Este trabalho deve manter o anonimato do Hospital ao qual se está a realizar este projeto. Dessa forma não será apresentado quais os locais onde as pessoas moram nem o CS a que pertencem, mantendo assim o anonimato do local de estágio. No entanto é de referir que as pessoas da amostra apresentaram 19 localidades de residência e 28 CS ao qual pertencem.

No quadro seguinte é apresentado todas as cirurgias que se realizaram durante estes dois meses de estudo.

Cirurgias	Frequência	Percentagem
Artroscopia do Joelho	2	2,6
Artroplastia do 2º dedo (dedo em martelo)	1	1,3
Bunionectomia (Hallux valgus)	3	4,0
Cura cirúrgica (dedo em gatilho)	10	13,3
Cura cirúrgica (dedo em gatilho) + Libertação do mediano (STC)	3	4,0
Desbridamento de ferida do tornozelo + Infiltração com factores de crescimento	1	1,3
Excisão de quisto da mão	1	1,3
Excisão de quistos do pé	3	4,0
Excisão de unha do pé	1	1,3
Exostectomia + Tenotomia	1	1,3
Extração de fios kirschner da mão	3	4,0
Extração de fios kirschner do braço	2	2,7
Extração de fios kirschner do pé	2	2,7
Extração de fragmento do joelho por sequelas de Osgood-shlatter	1	1,3

Extração de grampo do calcâneo	1	1,3
Extração de parafuso do pé + Infiltração com factores de crescimento	1	1,3
Extração de parafuso do tornozelo	4	5,3
Extração de parafusos do joelho	1	1,3
Fasciotomia palmar (D. Dupuytren)	4	5,3
Fasciotomia palmar (D. Dupuytren) + Libertação do mediano (STC)	1	1,3
Fasciotomia percutânea (D. Dupuytren)	1	1,3
Libertação do mediano (STC)	19	25,3
Op. Boyd (Epicondilite)	1	1,3
Op. Chevron + Op. Akin + Op. Weil	1	1,3
Op. Mc Bride + Bunionectomia (Hallux Valgus)	1	1,3
Quervain - cura cirúrgica	3	4,0
Quervain - cura cirurgica + transferencia do extensor	1	1,3
Quervain - cura cirurgica + Transposição do nervo por Neurite Cubital	1	1,3
Tenoplastia (Botoeira - dedo)	1	1,3
Total	75	100,0

Quadro VI – Frequências: Intervenções Cirúrgicas

Quanto à Intervenção Cirúrgica, a mais realizada foi a Libertação do mediano (STC) com 25%, Cura cirúrgica (dedo em gatilho) com 13%, estando ainda as restantes cirurgias referidas anteriormente com suas percentagens.

Em relação à entrega de Antibioterapia segundo protocolo foi entregue a 51% das pessoas. A decisão de entrega de Antibiótico é da responsabilidade do médico-cirurgião. Em relação à Analgesia segundo protocolo foi entregue a 99% das pessoas, sendo a escolha deste protocolo da responsabilidade do Enfermeiro e Anestesiista.

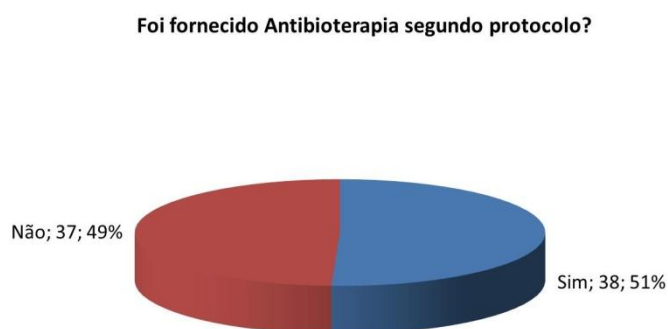


Gráfico VII – Frequências: Foi fornecido Antibioterapia?

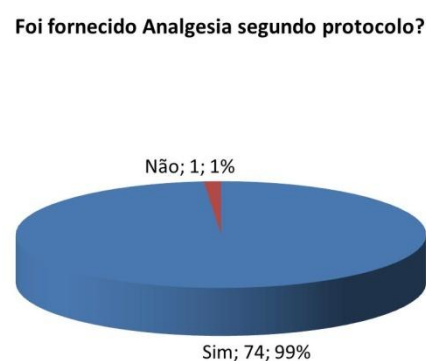


Gráfico VI – Frequências: Foi fornecido Analgesia?

Em relação ao protocolo de Antibioterapia este é sempre Ciprofloxacina 500mg de 12 em 12 horas. Já o protocolo de analgesia alterna em três tipos:

- A1 (Ibuprofeno 400mg de 8/8h)
- A2 (Ibuprofeno 400mg de 8/8h + Metamizol 575mg de 8/8h)
- A3 (Ibuprofeno 400mg de 8/8h + Metamizol 575mg de 8/8h + Paracetamol 1gr em SOS)

	Frequência	Porcentagem
A1	21	28,4
A2	36	48,6
A3	17	23,0
Total	74	100,0

Quadro VII – Frequências: Tipo de Analgesia

Na amostra, nos 74 casos em que foi fornecido Analgesia segundo protocolo, 28% foram protocolo A1, 49% foram protocolo A2 e 23% foram protocolo A3.

Quanto à questão sobre se existe Prescrição de Penso, para todos os elementos a resposta é afirmativa e, quanto à especificação, em todos os casos é penso simples.

Na amostra, relativamente a quem o acompanhou durante a sua vinda à UCA, 53% responderam marido/esposa, 17% indicaram ter sido o filho/a, 15% assinalaram ter sido um amigo/a, 11% responderam pai/mãe, e 16% (12 elementos) assinalaram outro, destes: 7% (5 elementos) especificam genro/nora, 3% (2 elementos) indicam cunhado/a, 3% (2 elementos) irmão/ã, e ainda 3% (2 elementos) respondem namorado, um elemento indica neta.

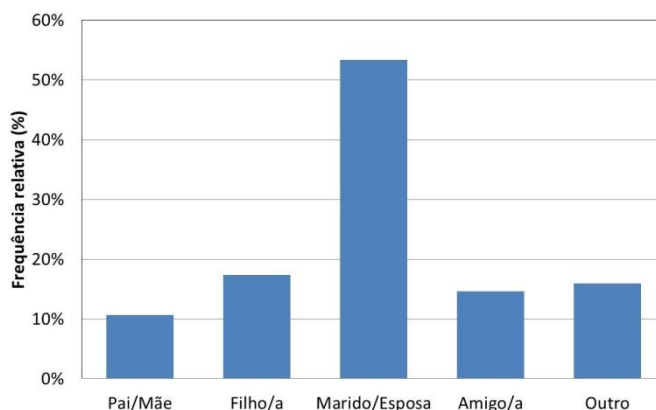


Gráfico VIII – Acompanhante durante vinda à UCA

Questionário após 24h da alta

Em relação à primeira questão do questionário na amostra, 95% responderam que os Enfermeiros explicaram o que fazer em caso de surgirem complicações, 5% responderam que não se lembram e a resposta negativa não é dada.

	Frequência	Percentagem
Sim	71	94,7
Não	0	0,0
Não me lembro	4	5,3
Total	75	100,0

Quadro VIII – Os Enfermeiros explicaram-lhe o que fazer em caso de surgirem complicações?

Os Enfermeiros explicaram-lhe o que fazer em caso de surgirem complicações?

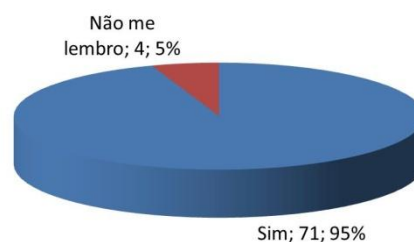


Gráfico IX – Os Enfermeiros explicaram-lhe o que fazer em caso de surgirem complicações?

Na questão seguinte é avaliada a satisfação das pessoas em relação à informação que lhe foi dada sobre o que fazer em casos de surgirem complicações.

Como avalia a satisfação em relação à informação fornecida?

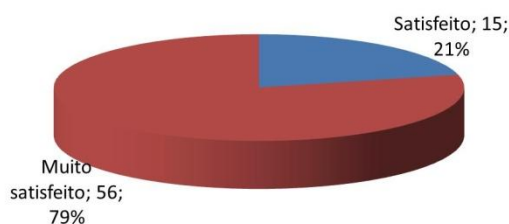


Gráfico X – Satisfação: Informação sobre o que fazer em caso de complicações

Na amostra, 79% responderam estar muito satisfeitos em relação à informação fornecida e 21% assinalaram estar satisfeitos, não sendo assinaladas as opções “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito”.

Na amostra, todos os elementos (100%) responderam que os enfermeiros explicaram os cuidados a ter em relação ao penso.

Quando questionadas sobre a presença de alguma dúvida em relação aos cuidados a ter com o penso os resultados foram os seguintes.

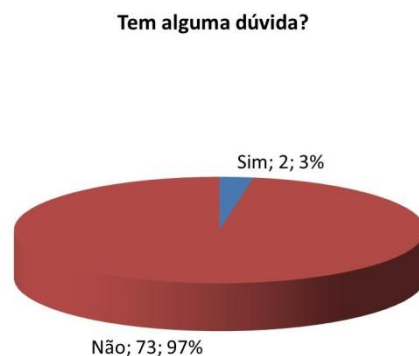


Gráfico XI – Tem alguma dúvida sobre os cuidados ao penso?

Na amostra, 97% dos elementos não referiram nenhuma dúvida, os restantes 3% (2 elementos) responderam afirmativamente, especificando as seguintes dúvidas:

- “Onde devo fazer o penso? CS ou Hospital?”
- “É normal o penso só ser feito após 7 dias da cirurgia?”

Em seguida e como mostra o gráfico relativamente à situação do penso, 4% da amostra indicou que está repassado, nenhum elemento enunciou que estivesse molhado ou descolado.

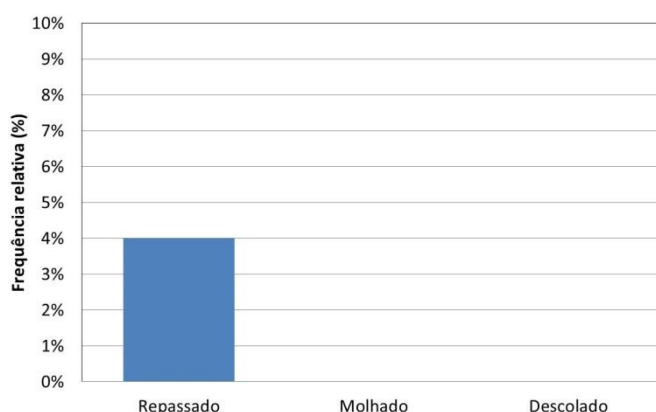


Gráfico XII – Estado do penso

Após a avaliação do penso é realizada a seguinte questão: Como classifica a sua satisfação numa escala de 1 a 5 em relação à informação dada pelos Enfermeiros em relação aos cuidados a ter com o penso? (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito). Com esta pergunta os resultados foram:



Gráfico XIII – Satisfação com informação para cuidados ao penso.

Na amostra, 75% responderam estar muito satisfeitos em relação à informação dada pelos Enfermeiros em relação aos cuidados a ter com o penso, 23% assinalaram estar satisfeitos e 2% indicaram “nem insatisfeito nem satisfeito”, não tendo sido assinaladas as opções “muito insatisfeito” e “insatisfeito”.

Em relação ao nível da dor, na amostra, 76% responderam que não têm dor (dor 0). Seguidamente na escala utilizada, as opções mais assinaladas são de “1”, “2”, “4” e “5” com frequências entre 4% e 7% cada, sendo ainda assinaladas as opções “5”, “6” e “7” por um elemento cada. Os resultados podem ser vistos no quadro e gráfico seguinte.

Dor	Frequência	Percentagem
0	57	76,0
1	3	4,0
2	5	6,7
4	3	4,0
5	4	5,3
6	1	1,3
7	1	1,3
8	1	1,3
Total	75	100,0

Quadro IX – Avaliação da dor.

(Escala numérica de 0 a 10)

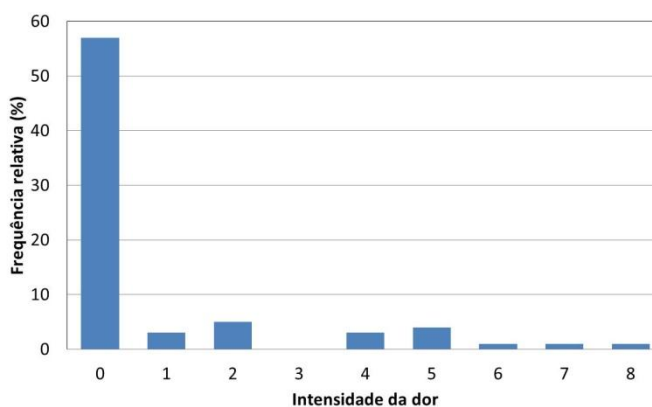


Gráfico XIV – Avaliação da dor. (Escala numérica de 0 a 10)

Na amostra, quando questionados se os Enfermeiros explicaram como tomar a medicação para as dores, todos os elementos responderam positivamente. Após esta questão é questionado se têm alguma dúvida. Os resultados foram os seguintes:



Gráfico XV – Dúvidas: medicação analgésica.

Na amostra, 99% dos elementos não referiram nenhuma dúvida, apenas 1% (1 elemento) respondeu afirmativamente, especificando a seguinte dúvida: “Qual é o medicamento para tomar em SOS?”.

No fim das questões relacionadas com a medicação analgésica é realizada a seguinte questão: Qual a sua satisfação relativamente à informação que os enfermeiros lhe deram sobre como tomar a medicação para as dores (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito).

Qual a sua satisfação relativamente à informação que os enfermeiros lhe deram sobre como tomar a medicação para as dores

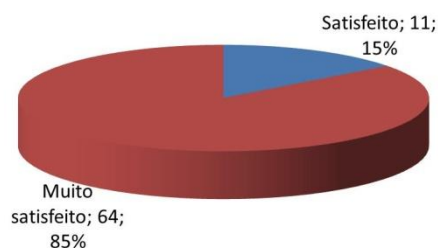


Gráfico XVI – Satisfação: Informação sobre medicação analgésica.

Na amostra, 85% responderam estar muito satisfeitos em relação à informação fornecida e 15% assinalaram estar satisfeitos, não tendo sido assinaladas as opções “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito”.

Como mostra o gráfico seguinte na amostra, 95% responderam que têm estado bem-disposto desde que se encontra em casa (sem náuseas e/ou vômitos), 5% responderam negativamente, especificando que todas estas pessoas terem tido apenas “Náuseas”, uma vez que nenhum elemento assinala “Náuseas com vômito isolado” ou “Vômito frequente”.

Desde que se encontra em casa, tem estado bem-disposto? (sem náuseas e/ou vômitos)

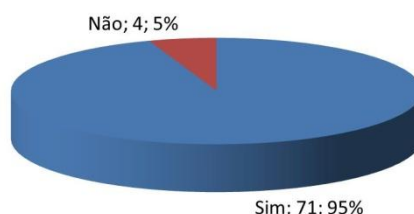


Gráfico XVII – Em casa tem estado bem-disposto?

Em seguida utilizando uma escala de Likert foram avaliados 4 aspetos em relação à informação: Antibioterapia (explicação de como tomar); Alimentação (alimentação nas primeiras 24 horas); Cuidados (Cuidados com o local/membro operado); Atividade física (atividade física permitida e/ou não permitida).

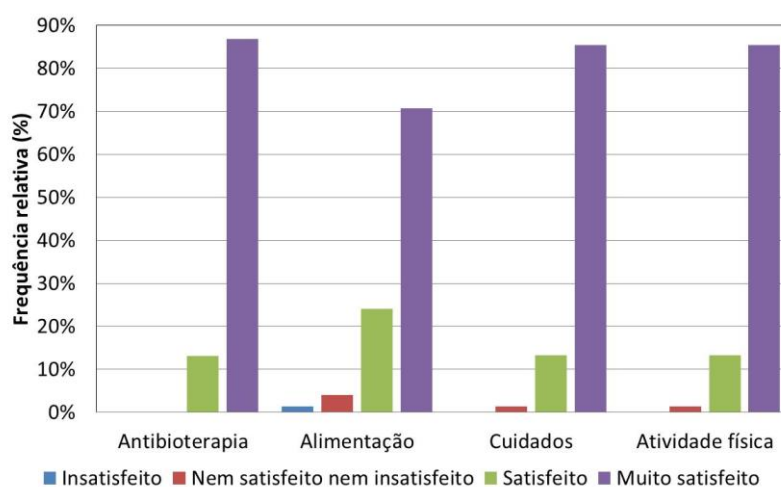


Gráfico XVIII – Satisfação da informação: Antibioterapia; Alimentação; Cuidados; Atividade física

Para todos os itens, a resposta mais frequente é “muito satisfeito”, seguida de “satisfeito”, verificando-se residualmente as respostas “Nem satisfeito nem insatisfeito” e “insatisfeito”, não se observando nenhuma resposta “muito insatisfeito”. Em relação ao tópico da Antibioterapia a amostra foi de 38 pessoas, considerando que das 75 pessoas apenas 38 levaram antibiótico, como apresentado no gráfico anterior (Gráfico VI).

Questões:	Sim		Não		Não sabe/ não se lembra	
	N	%	N	%	N	%
Preocuparam-se em envolver o seu acompanhante explicando a situação e como poderiam ajudar?	69	92,0%	2	2,7%	4	5,3%
Explicaram-lhe as coisas de forma compreensível, com linguagem de modo a que pudesse perceber?	75	100,0%				
Preocuparam-se em saber se compreendeu bem o que lhe foi explicado e sempre que necessário repetiam a informação?	75	100,0%				
Deram-lhe algumas informações escritas para complementar o que lhe disseram?	75	100,0%				

Quadro X – Cuidados dos Enfermeiros

No quadro anterior estão apresentados os resultados em relação a alguns aspetos analisados dos cuidados dos Enfermeiros da UCA.

Apenas para a questão sobre “Preocuparam-se em envolver o seu acompanhante explicando a situação e como poderiam ajudar?” se verificam resposta “Não” (2,7%) e “Não sabe/ não se lembra (5,3%)”. Para as questões “Explicaram-lhe as coisas de forma compreensível, com linguagem de modo a que pudesse perceber?”, “Preocuparam-se em saber se compreendeu bem o que lhe foi explicado e sempre que necessário repetiam a informação?” e “Deram-lhe algumas informações escritas para complementar o que lhe disseram?”, todas as respostas foram afirmativas.

Posteriormente é questionado às pessoas se a informação escrita que foi fornecida ajudou a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta. Assim como se ajudaram os acompanhantes a lembrarem-se dos cuidados.

Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?

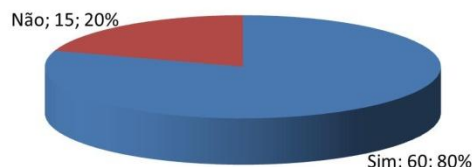


Gráfico XX – Informação escrita ajudou a lembrar-se dos cuidados?

Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?

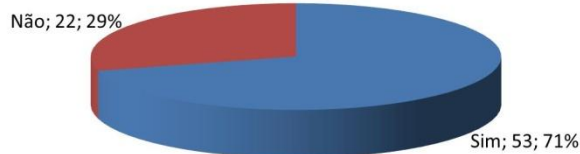


Gráfico XIX – Informação escrita ajudou o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados?

Na amostra, no Gráfico XIX, 80% dos elementos respondem que as informações escritas os ajudaram a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta, os restantes 20% (15 elementos) respondem negativamente, especificando 19% (14 elementos) que a razão foi “Não ter lido” e 1% (um elemento) que a razão foi “Não sei ler”.

No Gráfico XX, em relação ao acompanhante, 71% dos elementos respondem que as informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta, os restantes 29% (22 elementos) respondem negativamente, especificando todos que a razão foi “Não ter lido”.

A única justificação apresentada para responder negativamente às questões anteriormente analisadas foram a não leitura do documento. As restantes pessoas referiram sempre a importância deste mesmo folheto.

As pessoas da amostra quando questionadas sobre a necessidade de terem recorrido ao serviço de urgência, ao CS ou a outro serviço, todas responderam negativamente, referindo que não necessitaram de recorrer a nenhum serviço.

A última questão realizada com a utilização de escala de likerd foi a seguinte: De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado? (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito). Os resultados desta questão foram os seguintes:

De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado?

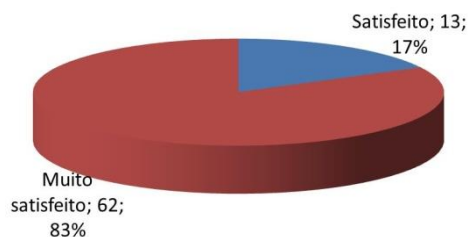


Gráfico XXI – Satisfação geral

Na amostra, 83% responderam estar muito satisfeitos em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado e 17% assinalaram estar satisfeitos, não tendo sido assinaladas as opções “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito”.

Após esta questão é perguntado às pessoas se têm alguma sugestão a dar. Na amostra, 13% (10 elementos) têm alguma sugestão, sendo especificadas as seguintes:

- Deveria haver forma de não estar tanto tempo há espera antes da cirurgia (por 2 elementos);
- Deveria ter sido operada pelo médico que me acompanhou no pré operatório;
- Deveria ser entregue informação escrita com cuidados mais específicos (informação personalizada);
- O espaço de trabalho para os Enfermeiros deveria ser maior;
- O espaço para vestir deveria ser maior;
- O espaço da sala de espera deveria ser maior;
- Deveria ter sido explicado em concreto onde me dirigir para fazer o penso.
- Não deveria sair do hospital sem consulta médica.
- O acompanhante deveria receber mais informação enquanto espera pela alta da pessoa.

Tem alguma sugestão?

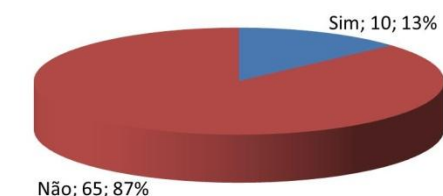


Gráfico XXII – Frequência de sugestões.

Por fim quando questionado às pessoas se aconselhariam esta modalidade a um familiar/conhecido seu a resposta foi 100% positiva.

Inferência Estatística

Neste capítulo é apresentado os resultados das inferências estatísticas definidas para este trabalho.

Inferência entre a questão “De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado?” e o Sexo, Idade, Estado Civil, Profissão e Grau de escolaridade.

Os resultados da relação entre o grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado e o sexo são ilustrados pelo gráfico seguinte.

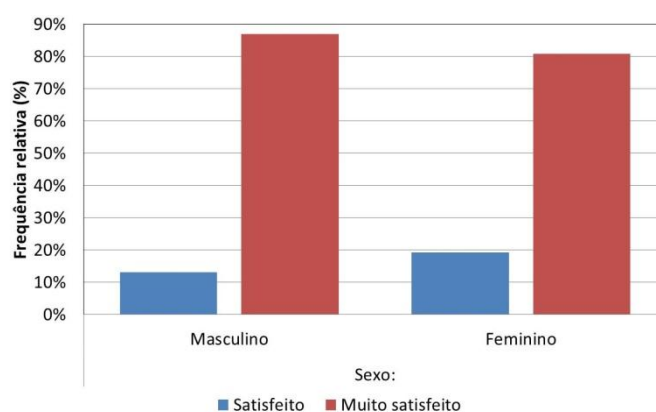


Gráfico XXIII – Inferência entre Satisfação Geral e o Sexo

Na amostra, a percentagem de muito satisfeito é superior para o sexo masculino e a percentagem de satisfeito é superior para o sexo feminino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (valor de p superior a 0,05), de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 0,426$; $p = 0,514$).

Os resultados da relação entre o grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado e a idade são ilustrados pela tabela seguinte.

Idade (classes):		Grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa?	
		Satisfeito	Muito satisfeito
Até 35 anos	N	1	10
	% na idade	9,1%	90,9%
36-50 anos	N	1	18
	% na idade	5,3%	94,7%

51-65 anos	N	8	23
	% na idade	25,8%	74,2%
Mais de 65 anos	N	3	11
	% na idade	21,4%	78,6%

Quadro XI – Inferência entre Satisfação Geral e a Idade

Na amostra, a percentagem de muito satisfeito é superior para 36-50 anos e posteriormente na faixa etária até aos 35 anos. A percentagem de satisfeito é superior para 51-65 anos, seguida da faixa etária com mais de 65 anos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 4,170$; $p = 0,254$).

Os resultados da relação entre o grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado e o estado civil são ilustrados pelo gráfico seguinte.

Nesse gráfico é perceptível que a percentagem de muito satisfeito é superior para solteiro, seguido de casado/ união de facto e a percentagem de satisfeito é superior para divorciado, seguido de viúvo, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 9,259$; $p = 0,024$).

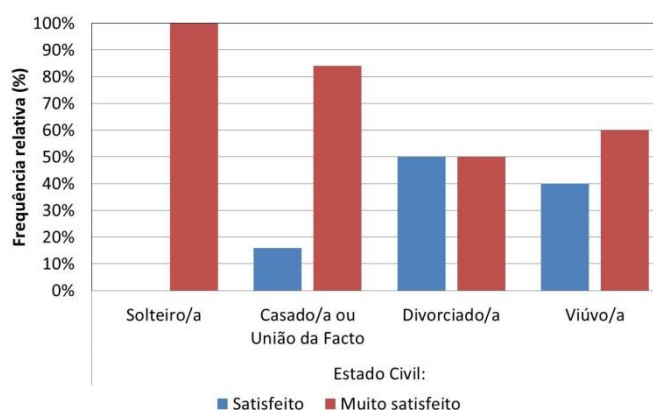


Gráfico XXIV – Inferência entre Satisfação geral e o Estado Civil

Os resultados da relação entre o grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado e a profissão são ilustrados pela tabela seguinte.

		Grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa?	
Profissão:		Satisfeito	Muito satisfeito
Estudante	N	0	1
	% na profissão	,0%	100,0%
Desempregado/a	N	4	9
	% na profissão	30,8%	69,2%
Trabalhador por conta de outrem	N	2	28
	% na profissão	6,7%	93,3%
Reformado/a	N	6	18
	% na profissão	25,0%	75,0%
Outro	N	1	6
	% na profissão	14,3%	85,7%

Quadro XII – Inferência entre Satisfação geral e a Profissão

Na amostra, a percentagem de muito satisfeito é superior para estudante, seguido de trabalhador por conta de outrem. A percentagem de satisfeito é superior para desempregado, seguido de reformado, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 5,259$; $p = 0,309$).

Os resultados da relação entre o grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado e o grau de escolaridade são ilustrados pelo gráfico seguinte.

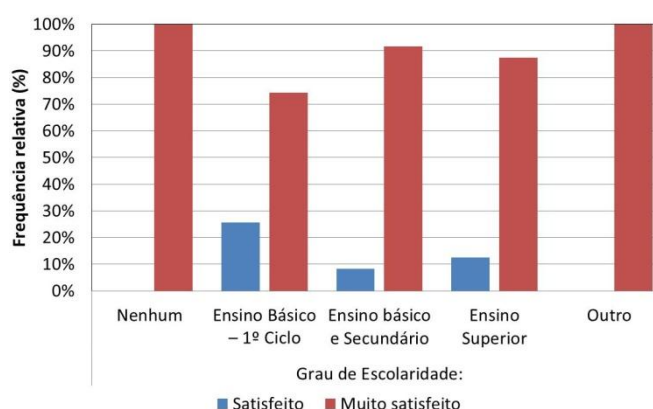


Gráfico XXV – Inferência entre Satisfação Geral e a Escolaridade

Na amostra, a percentagem de muito satisfeito é superior para pessoas sem nenhuma escolaridade e pessoas com outros cursos. A percentagem de satisfeito é superior para pessoas com o ensino básico 1.º ciclo, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 4,204$; $p = 0,340$).

Inferência entre “neste momento o penso encontra-se repassado” e a Intervenção Cirúrgica

Para possibilitar o estudo da relação entre a Intervenção Cirúrgica e outras variáveis, tornou-se necessário recodificar a Intervenção Cirúrgica em grupos. Além disso foram agrupadas numa categoria designada por “outros” todas as categorias que verificaram apenas uma observação, obtendo-se os resultados da tabela seguinte

	Frequência	Percentagem
Artroscopia	2	2,7
Bunionectomia (Hallux valgus)	3	4,0
Cura cirurgica (dedo em gatilho)	13	17,3
Excisão de quisto/ unha da mão ou do pé	5	6,7
Extração de fio kirschner da mão, pé ou braço	7	9,3
Extração de parafuso/ grampo	7	9,3
Fascietomia palmar/ percutânea (D. Dupuytren)	6	8,0
Libertação do mediano (STC)	19	25,3
Outros	8	10,7
Quervain - cura cirurgica	5	6,7
Total	75	100,0

Quadro XIII – Intervenção Cirúrgica (Grupos)

Os resultados da relação entre “neste momento o penso encontra-se repassado” e a Intervenção Cirúrgica são ilustrados pelo gráfico seguinte.

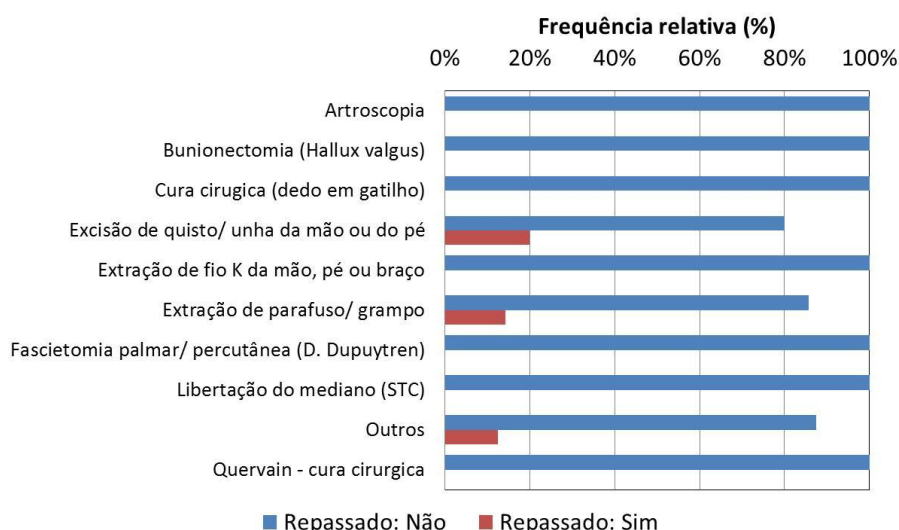


Gráfico XXVI – Inferência entre Intervenção Cirúrgica e Penso Repassado

Na amostra, o penso repassado verificou-se apenas para Excisão de quisto/ unha da mão ou do pé (concretamente excisão unha do pé), Extração de parafuso/ grampo (concretamente extração de grampo do calcâneo) e Outros (concretamente Op. Chevron + Op. Akin + Op. Weil), no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 9,059$; $p = 0,385$).

Inferência entre Valor da Dor e a Analgesia segundo Protocolo

Por forma a facilitar a leitura e futura análise a escala de Valor da Dor foi recodificada em três categorias:

- Dor 0 (sem dor)
- Dor 1 e 2 (dor tipo moimha)
- Dor igual ou superior a 3 (dor moderada a intensa)

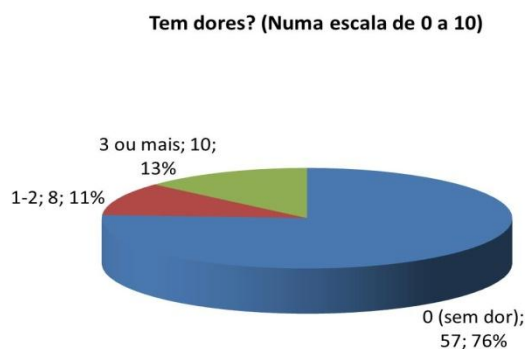


Gráfico XXVII – Avaliação da Dor (Grupos)

Na amostra, 76% respondem que não têm dor, 11% respondem ter valores de “1” ou “2” e 13% referem ter valores iguais ou superiores a “3”.

Protocolo Analgesia		Tem dores?		
		0 (sem dor)	1-2	3 ou mais
A1	N	15	4	2
	% no protocolo	71,4%	19,0%	9,5%
A2	N	29	2	5
	% no protocolo	80,6%	5,6%	13,9%
A3	N	12	2	3
	% no protocolo	70,6%	11,8%	17,6%

Quadro XIV – Inferência entre Dor (Grupos) e Protocolo de Analgesia

Na amostra, a percentagem de inexistência de dor é superior para protocolo A2. A percentagem superior para dor entre 1-2 é no protocolo A1 e inferior para protocolo A2, e a percentagem de valor da dor igual ou superior a 3 é superior para protocolo A3 e inferior para protocolo A1, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 2,939$; $p = 0,578$).

Inferência entre “não esteve bem-disposto” e a Intervenção Cirúrgica

Os resultados da relação entre “não esteve bem-disposto” e a Intervenção Cirúrgica são ilustrados pelo gráfico seguinte.

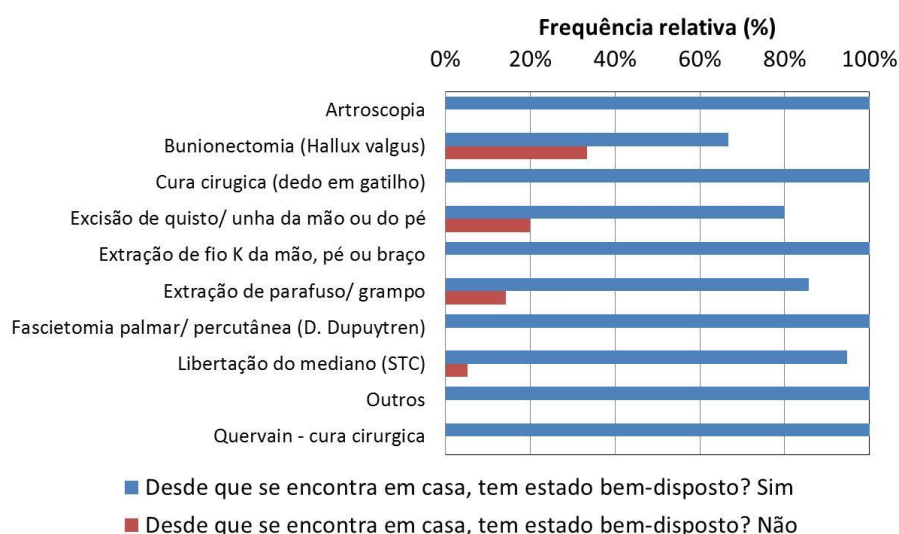


Gráfico XXVIII – Inferência entre Intervenção Cirúrgica e Bem-disposto

Na amostra, não ter estado bem-disposto verificou-se em 4 pessoas. Numa pessoa que realizou Bunionectomia (Hallux valgus), Excisão de quisto/ unha da mão ou do pé (concretamente extração de unha do pé), Extração de parafuso/ grampo (concretamente extração de parafuso do pé com infiltração com fatores de crescimento) e Libertação do mediano (STC), no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 10,210$; $p = 0,338$).

Inferência entre “Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta” e Sexo, Idade, e Grau de escolaridade

Os resultados da relação entre “Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta” e o sexo são ilustrados pelo gráfico seguinte.

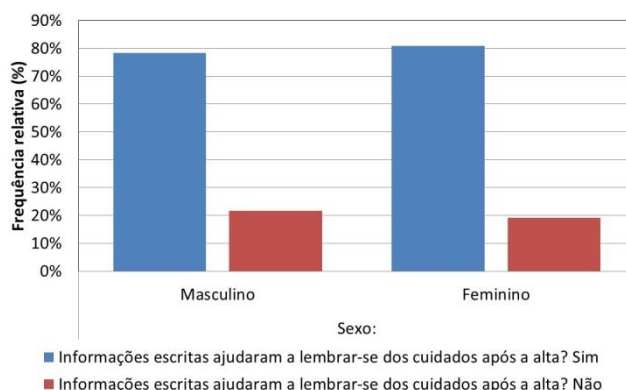


Gráfico XXIX – Inferência entre a Informação Escrita e o Sexo

Na amostra, a percentagem de respostas negativas é ligeiramente superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 0,063$; $p = 0,802$).

Os resultados da relação da relação entre “Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta” e a idade são ilustrados pelo gráfico seguinte.

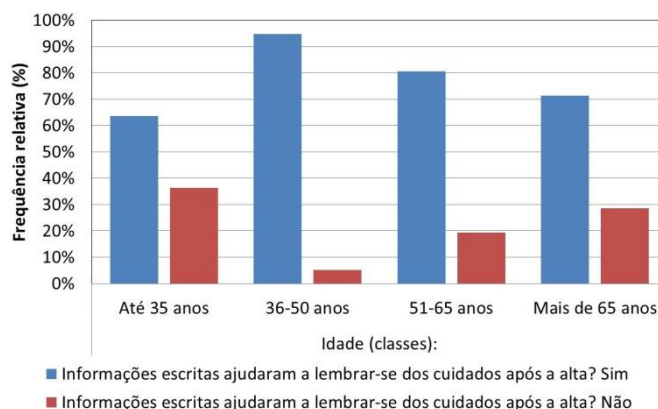


Gráfico XXX – Inferência entre Informação Escrita e a Idade

Na amostra, a percentagem de respostas positivas é superior para 36-50 anos, seguida de 51-65 anos e inferior para até 35 anos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 5,071$; $p = 0,175$).

Os resultados da relação da relação entre “Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta” e o grau de escolaridade são ilustrados pelo gráfico seguinte.

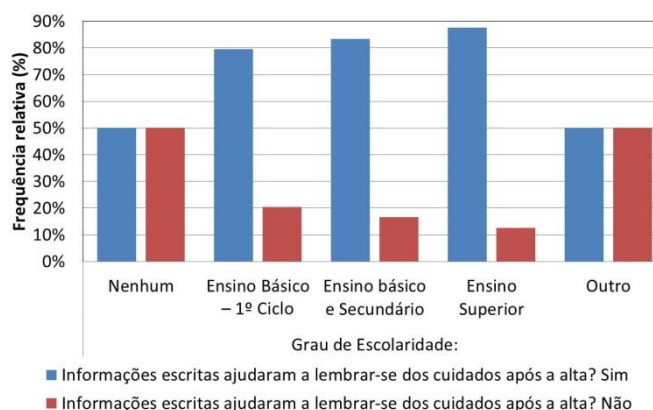


Gráfico XXXI – Inferência entre Informação escrita e Escolaridade

Na amostra, a percentagem de respostas negativas é superior para outro grau e nenhum grau e inferior para ensino superior, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 2,704$; $p = 0,602$).

Inferência entre “Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?” e “Quem o acompanhou durante a sua vinda à UCA”

Quem o acompanhou durante a sua vinda à UCA:		Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?	
		Sim	Não
Pai/Mãe	N	7	1
	% no acompanhante	87,5%	12,5%
Filho/a	N	8	3
	% no acompanhante	72,7%	27,3%
Marido/Esposa	N	27	13
	% no acompanhante	67,5%	32,5%
Amigo/a	N	7	1
	% no acompanhante	87,5%	12,5%
Outro	N	4	4
	% no acompanhante	50,0%	50,0%

Quadro XV – Inferência entre Informação Escrita e Acompanhante

Na amostra, a percentagem de respostas negativas é superior para outro, seguido de marido/esposa e depois de filho/a. Inferior para pai/mãe e amigo/a, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2 = 4,052$; $p = 0,426$).

Relação entre Valor da Dor e a Intervenção Cirúrgica

O Valor da Dor é uma variável quantitativa e a Intervenção Cirúrgica é uma variável qualitativa ordinal, sendo necessário para estudar a relação entre estas variáveis, utilizar-se a ANOVA. No teste de ANOVA o valor de prova foi inferior a 5%, rejeitando-se a hipótese da média do valor da dor ser igual para todas as categorias da Intervenção Cirúrgica: verificando-se diferenças significativas.

Posteriormente foi realizado o Teste de Levene, procurando se existe homogeneidade de variâncias. Após análise não se verificou o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova inferior a 5%, o que implica rejeitar a hipótese que diz que as variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa). Quando não se verifica este pressuposto, a ANOVA não é adequada e os seus resultados devem ser confirmados pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis.

Anteriormente a este teste é realizado outra para análise da normalidade (teste de K-S) chegando à conclusão que a variável quantitativa não segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa (valor de prova abaixo dos 5%).

Por fim para confirmar o teste paramétrico da ANOVA é realizado um teste não paramétrico já referido, teste de Kruskal-Wallis. Neste o valor de prova foi inferior a 5%, confirmando os resultados da ANOVA, que referem que as médias da dor nas categorias das intervenções cirúrgicas são diferentes.

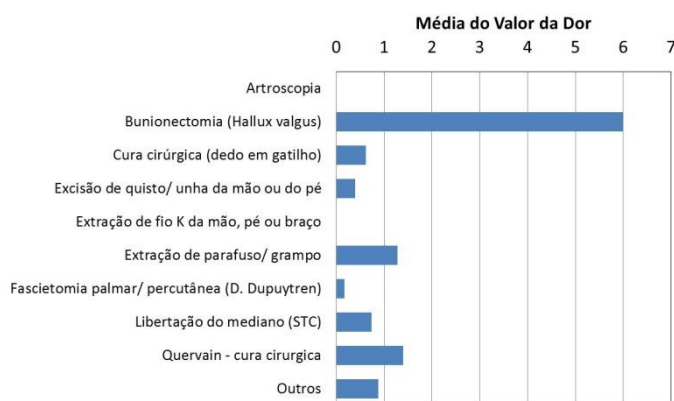


Gráfico XXXII – Inferência entre a Média da dor e a Intervenção Cirúrgica

O valor médio da dor é bastante superior para Bunionectomia (Hallux valgus), seguido de Quervain - cura cirúrgica e Extração de parafuso/ grampo, depois de Outros e Libertação do mediano (STC). Nos últimos em relação à média da dor ficaram as pessoas que realizaram Cura cirúrgica (dedo em gatilho), depois Excisão de quisto/ unha

da mão ou do pé e Fascietomia palmar/ percutânea (D. Dupuytren), sendo nulo para Artroscopia e Extração de fio kirschner da mão, pé ou braço, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

No grupo dos outros a única pessoa que referiu dor acima de 3 (concretamente valor de 5) foi a pessoa que realizou desbridamento da ferida cirúrgica no tornozelo.

3.5.2.1 Discussão dos resultados do questionário

O presente questionário facultou a toda a equipa a possibilidade de conhecer a satisfação das pessoas, assim como outras informações fornecidas pelas pessoas que foram operadas na UCA. Foi possível retirar dos dados a caracterização demográfica da amostra, assim como as inferências em relação à satisfação, aos folhetos e à dor no pós-operatório. Esta caracterização não pode ser passada para a população geral, dado ter sido apenas avaliado uma amostra de 75 pessoas referentes a 2 meses (Dezembro e Janeiro) de funcionamento da UCA. O primeiro mês devido a ter datas festivas de Natal e Ano Novo, foi mais reduzido em relação ao número de cirurgias. Resumindo em Dezembro foram selecionadas 25 pessoas para a amostra e 50 pessoas no mês de Janeiro. A escolha destes meses esteve relacionado com o tempo disponível para a realização do presente projeto.

A informação referente à avaliação da satisfação assim como aos restantes dados estão diretamente relacionados com a cultura das pessoas em que a UCA está inserida. Este questionário realizado num outro local do país poderia obter valores completamente diferentes, só considerando a cultura.

Examinando a amostra foi possível perceber que a grande maioria são mulheres. Segundo vários autores são mais interessadas na informação que os homens, COSLOW et al. (1998) já referido anteriormente refere que alguns autores apresentam o género como fator de interesse pela informação, sendo as mulheres mais ativas na procura de informação que os homens. A amostra, na sua grande maioria são pessoas na faixa etária entre os 50 e os 65 anos, ou seja, pessoas com uma faixa etária mais avançada. Este aspeto é também destacado por vários autores estando relacionado com o nível de satisfação, pelo que mais a frente será analisado esta premissa. Observando o estado civil da amostra é possível perceber que a sua grande maioria é casado/união de facto, este ponto pode ser relacionado com a idade, ou seja, a maioria das pessoas estão numa faixa etária que na cultura portuguesa é considerado “normal” já estarem casadas. Considerando novamente a faixa etária é possível compreender o grau de escolaridade

mais referido, o ensino básico 1º ciclo (4º ano). Uma parte considerável da amostra nasceu na década de 50 e 60, altura em que grande parte da população começava a trabalhar cedo e não tinha oportunidade de estudar.

Com a tabela das cirurgias realizadas é possível perceber quais as cirurgias que são realizadas na UCA em estudo, contudo é importante referir que este tempo dedicado à análise não obteve todas as cirurgias realizadas nem o número normal de cada tipo de cirurgia. A equipa da UCA ficou admirada com o facto de algumas cirurgias não terem sido realizadas durante estes dois meses. Em relação à medicação foi possível mostrar algo que não tínhamos noção a nível estatístico, que foi de 50% das pessoas levarem antibiótico, ou seja, não tínhamos a noção que em média um em cada dois levava este medicamento. Situação que foi alterada no final deste projeto, isto é, na fase final deste trabalho (mês de março), a administração alterou a norma de entrega de antibioterapia, estando de momento interrompida a entrega deste tipo de medicação. Em relação à medicação analgésica o resultado só não foi de 100% devido a uma das pessoas não ter sido intervencionada ao que estava programado, tendo sido apenas realizada infiltração com fatores de crescimento. Esta medicação analgésica é atualmente fornecida a todas as pessoas que são submetidas a uma cirurgia neste serviço. Considerando o protocolo de analgesia foi possível perceber quais os *kits* (A1, A2, A3) mais fornecidos. No entanto e como já referido irá haver alterações nos medicamentos analgésicos fornecidos, criando novos *kits*, com analgesia superior. Para finalizar a caracterização demográfica e em ligação com o número superior de pessoas casadas e em união de facto, foi possível perceber que a pessoa que mais acompanha é o marido/esposa, sendo seguido de filho/a. Este último também pode ser ligado ao facto de grande parte das pessoas já terem uma idade avançada, sendo os filhos as pessoas de referência.

Iniciando a análise das respostas em relação à segunda parte do questionário é possível referir que os resultados são bastantes positivos. Começando a análise e observando o gráfico IX, é possível perceber que a esmagadora maioria das pessoas refere que os Enfermeiros forneceram informação em relação ao que fazer em caso de surgirem complicações. Apenas uma pequena parte refere que não se lembra. Apesar de 95% referir uma resposta positiva é necessário perceber quais serão os motivos do esquecimento por 5% das pessoas. Coloca-se a questão do esquecimento pela medicação como referido por FRACZYK et al. (2010), ou mais provável pela utilização de sinónimos para explicar às pessoas este ponto, não utilizando a palavra “complicação”. Considerando o possível esquecimento torna-se imprescindível o fornecimento de informação ao acompanhante, que deverá ser uma referência para a pessoa que foi operada. As complicações são apresentadas no folheto, no entanto neste documento é

referido o que a pessoa deve fazer, apontando as complicações mas não utilizando esta palavra. Em relação à satisfação é possível perceber que é 100% positiva variando entre “satisfeito” e “muito satisfeito”. As avaliações bastantes positivas são uma constante ao longo do trabalho, levando a equipa a ficar muito agradada e motivada, desejando continuar com o bom cuidado de enfermagem. Contudo e não colocando de fora a possibilidade e um bom trabalho, é necessário considerar outros aspetos abordados por vários autores. BAROUDI et al. (2010) no seu artigo refere que existem estudos que tentam justificar as altas taxas de satisfação com o sub-registro da insatisfação, a falta de vontade da pessoa em criticar o seu cuidador, o efeito halo nas respostas e o viés aquiescência. Este efeito halo define-se pela tendência da pessoa expandir a avaliação de uma característica particular, englobando outras características como a por exemplo a receção dos Enfermeiros e a personalização dos cuidados como referido por MARQUES (2011) sendo aspetos que influenciam o nível de satisfação. RHODES et al. (2005) coloca a presença física e emocional da equipa de enfermagem como pontos de influência na evolução da satisfação da pessoa durante a experiência perioperatório. O viés aquiescência deve-se ao facto das pessoas terem uma tendência em concordar com as perguntas ou a indicar uma conotação positiva. Apesar da tentativa de construção de questões neutras existe sempre este viés por parte das pessoas podendo aumentar as respostas positivas.

Seguindo com o questionário 100% das pessoas referiram que os Enfermeiros explicaram os cuidados a ter com o penso. Discutindo este valor em comparação com o anterior, coloca-se a questão: Será o valor alto devido às pessoas estarem muito preocupadas com o local em que foram operadas? São questões que se podem colocar ao longo da reflexão, e poderão ser respondidas futuramente com realização de outros trabalhos de análise da percepção das pessoas, realizando por exemplo entrevistas. Durante este período foi sempre incentivado as pessoas a colocarem alguma dúvida caso tivessem, não ficando em défice com a informação. A análise do estado do penso contribui para avaliar a realização do penso por parte dos Enfermeiros, pelo que é bastante positivo terem sido apenas três pessoas em setenta e cinco as que referiram repasse. Este ponto será analisado posteriormente na inferência com as cirurgias. Na avaliação da informação com o penso existe 98% de respostas positivas e 2% de respostas neutras. Analisando estes dados é de realçar a necessidade de haver uma grande interligação com o médico em todo o processo de fornecimento de informação, conseguindo desta forma informar a pessoas com mais detalhe do local onde irá realizar o penso assim como a periodicidade.

A avaliação da dor, sendo fora do conceito de satisfação da pessoa, é um dos fatores que mais influencia a satisfação da mesma, levando ao efeito halo, isto é, uma pessoa pode ter recebido toda a informação mas se tiver dor pode referir um nível de satisfação inferior. Como é possível ver no Gráfico XIV mais de $\frac{3}{4}$ da amostra referiu não ter dor, sendo posteriormente avaliada os casos específicos que referiram dor, com os dados de inferência estatística. A totalidade da amostra refere que foi informada como tomar a medicação para as dores. Um dos aspetos que pode ter influenciado este valor é o facto do fornecimento dos medicamentos ser entregue com um papel anexado com o nome do medicamento e a forma como deve ser tomado. Contudo podem existir dúvidas ao qual o telefonema das 24h é de grande importância como referido por vários autores já citados em capítulos anteriores. Em ligação ao referido anteriormente os níveis de satisfação em relação à medicação são altíssimos, podendo ser colocadas as mesmas questões já referidas na análise da satisfação dos pontos anteriores.

Como abordado no capítulo da execução em relação à adaptação do questionário na UCA, onde o projeto foi realizado não existe entrega de protocolo de medicação antiemética, no entanto foi considerado importante a análise das náuseas e vômitos no pós-operatório. Com esta questão foi possível perceber que 95% das pessoas não referem nem náuseas nem vômitos, podendo desta forma sublinhar a justificação das anestesistas, com base na experiência de anos neste serviço específico. Em relação às quatro pessoas que referiram náuseas sem vômitos será analisado posteriormente na inferência com a cirurgia.

Em relação à satisfação em ligação aos tópicos Antibioterapia, Alimentação, Cuidados e Atividade física pode-se retirar que a Alimentação é o tema que apresenta os níveis de satisfação mais baixos em comparação com os outros. Em ortopedia, considerando a grande percentagem de anestésias locais, a alimentação poderá ser mais subvalorizada colocado a possibilidade de esquecimento. No entanto existe outro aspeto a ter em consideração. O ensino sobre a alimentação é simples, sendo apenas o ensino sobre a pessoa ter uma refeição ligeira na primeira refeição que realizar. Não existe condicionantes nos alimentos nem nas refeições seguintes, pelo que esta pouca informação pode ser considerada pelas pessoas como sem importância, ou neutra. Em relação à Antibioterapia os resultados são muito semelhantes à questão sobre a medicação analgésica. Os cuidados e a atividade física são dois temas que englobam grande parte da informação. Esta por sua vez necessita de complementaridade com o médico, ou seja, é questionado o médico sobre a recuperação futura podendo dessa forma informar a pessoa de forma mais individualizada. Para melhorar esta informação a equipa considera importante ter um espaço em branco no folheto podendo escrever os

cuidados mais específicos. Este foi um dos aspetos referidos na sessão plenária com a equipa de enfermagem da UCA. Muito dos ganhos deste projeto não foram obtidos apenas no fim do mesmo mas sim ao longo do tempo. A equipa foi realizando questões, e avaliado o seu próprio trabalho. Este aumento do espírito crítico sobre si próprio foi um potenciador da melhoria dos cuidados de enfermagem.

Em seguida foram analisados alguns aspetos dos cuidados dos Enfermeiros da UCA. Com estas questões foi procurado conhecer se havia preocupação por parte dos Enfermeiros em realizar um bom ensino, pensando além do fornecimento de informação completa/adequada. Os enfermeiros até podiam fornecer toda a informação, mas a forma como esta foi realizada também é uma componente importante. Segundo FARBER (2010) as pessoas avaliam as experiências de saúde com base nas suas relações interpessoais e com a interação com a equipa de saúde, sublinhando a capacidade de resposta e ajuda por parte da equipa, a cortesia e a competência de comunicação. Este mesmo autor com base na sua pesquisa científica, e análise de outros autores ainda apresenta outro aspeto importante, a comunicação. Esta comunicação positiva entre os profissionais afeta a satisfação das pessoas em regime de ambulatório. Pelos resultados apresentados no Quadro XII em relação ao tipo de linguagem assim como à preocupação em perceberem se as pessoas ficaram esclarecidas as respostas foram 100% positivas. Aqui e como já referido é colocada a questão do viés de aquiescência. Terão sido as respostas enviesadas ou realmente a boa relação da equipa e o ensino realizado antes da alta são aspetos bastante positivos? Estes dados levantam questões que serão interessantes de analisá-las com outros trabalhos futuros. Apesar dos resultados bastante positivos a equipa ao observar os dados revela a importância da sua manutenção, dado muitas vezes o contacto com o médico no pré e intra-operatório ser muito pouco, ficando bastantes perguntas por esclarecer e responder. Em relação ao envolvimento do acompanhante este apresenta algumas respostas negativas. O facto da UCA não apresentar um espaço físico para o contacto com o acompanhante como já foi anteriormente referenciado, poderá se um condicionando para este ponto. No entanto, é importante os Enfermeiros estarem despertos para a importância deste contacto. Na UCA a pessoa que está no recobro é a pessoa que normalmente realiza os ensinamentos assim como o contacto com o acompanhante. No momento de saída da pessoa (vestir-se) poderão existir situações em que o seu acompanhante saiu, por exemplo, para beber um café. Este ao voltar muitas vezes demora uns minutos que são fundamentais, sendo necessário o Enfermeiro voltar para o recobro para cuidar das restantes pessoas. Este voltar pode levar o Enfermeiro a não conseguir contactar com o acompanhante ficando uma falha neste processo. Estes resultados apesar de positivos vieram realçar a

importância do trabalho em equipa, em que os Enfermeiros podem se ajudar para que seja possível o contacto com todos os acompanhantes. Será que seria necessário um enfermeiro para fornecer a informação no momento da alta da pessoa, levando assim o Enfermeiro de recobro estar 100% a cuidar das pessoas no pós-operatório imediato? Questão importante que podia ser analisada. No questionário esta foi a única questão que as pessoas referiram dúvidas no seu entendimento sendo necessário por vezes a reformulação da questão. Todas as pessoas referiram que receberam informação escrita com os cuidados a realizar. Este resultado vem sublinhar um dos indicadores de qualidade da cirurgia de ambulatório, a cedência de contacto telefónico. É neste folheto informativo que esse contacto está presente. Todas as pessoas referiram a importância deste documento, sendo as únicas respostas negativas justificadas com o facto de não terem lido o documento. Segundo vários autores, MARQUES (2011), ZANCHETTA et al. (2004), SANTOS et al. (2012) e FENTON-LEE et al. (1994), a informação escrita é essencial para a recuperação da pessoa. Estes autores apresentam que as pessoas reconhecem essa importância, associando o contacto telefónico a essa informação fornecida. Em relação às respostas negativas colocou-se três questões, uma é se será o folheto pouco atrativo. A outra é se considerando a brevidade da explicação dos cuidados às pessoas, estas ainda não sentirem necessidade de rever a informação. A terceira é se será que as pessoas têm mesmo pouca cultura de leitura como é referido por alguns inquéritos europeus. CORREIA (2009/2010) levanta o aspeto da imagem como importante para a satisfação das pessoas dado no seu artigo referirem que o aspeto não é moderno nem agradável. Dada esta premissa e como já mencionado irá ser efetuada a atualização dos folhetos informativos. Existe o objetivo que pelo menos apresentar um deles na defesa desta mesma tese.

Os elevados resultados de satisfação também podem ter sido influenciados pelo facto de 100% da amostra não ter apresentado necessidade de recorrer ao CS ou à Urgência nas primeiras 24h. Este facto leva as pessoas a estarem satisfeitas, sendo um possível efeito halo. Em relação a este ponto seria interessante procurar perceber qual a percentagem de pessoas que vão ao CS ou à urgência ao fim de 30 dias.

A satisfação geral em relação à informação apresenta resultados semelhantes aos referidos nas outras questões sobre a satisfação, ou seja, coloca-se as mesmas interrogações. Com estes resultados foi conseguido motivar a equipa. Mesmo podendo os resultados estarem enaltecidos por outros fatores a equipa ficou satisfeita com os mesmos e ainda procurando estratégias para manter e melhor ainda mais este processo de fornecimento de informação. Como no artigo de FRACZYK et al. (2010) estes resultados não podem ser extrapolados para a população, podendo apenas retirar

informação da amostra. LEMOS et al. (2008) demonstra no seu artigo que existe diferença entre as respostas nas primeiras 24 e posteriormente ao fim de 30 dias. Ele colocou a questão das pessoas sentirem medo de sofrer “retaliação” por parte da equipa. HALL (1995) em concordância levanta a possível “perda” do anonimato. Será que existe um sentimento de hierarquia em que as pessoas têm medo de criticar? Contudo o mesmo autor também refere que a simpatia como aspeto positivo pode influenciar todas as respostas das pessoas.

Na penúltima questão foi possível dar liberdade as pessoas para poderem dar sugestões para a melhoria dos cuidados. A palavra sugestão foi escolhida por forma as pessoas se sentirem à vontade, tentando reduzir o sentimento de crítica. Nesta questão apesar do conhecimento das pessoas do questionário estar direcionado à informação estas apresentaram sugestões fora deste leque. O tempo de espera é um aspeto a ter em consideração e influenciando diretamente a satisfação das pessoas. O espaço físico reduzido foi outro tema abordado, indo em consonância com o que a equipa de enfermagem também referiu. Em relação à componente médica foram referidas algumas sugestões específicas, realçando descontentamentos em concreto por parte da pessoa. Em relação ao tema da informação 3 pessoas apresentaram as suas sugestões. Estas alertaram a equipa para poder ter um espaço em branco no folheto para poder escrever mais informação personalizada, não esquecer de fornecer nenhuma informação assim como sensibilizar a equipa para sempre que possível informar o acompanhante sobre a situação da pessoa que foi ser operada. Não sendo uma sugestão foi ao longo destes dois meses perceptível a necessidade de informar sobre o restabelecimento da condução automóvel, sendo uma questão colocada por algumas pessoas ainda na fase de recobro. Das 75 pessoas, 65 não apresentaram sugestões. FRACZYK et al. (2010) descreve que as pessoas podem não se sentir qualificadas para poder responder a alguma questão, devido a considerarem que não são aptas a isso. Porém, segundo o mesmo autor, existem outras pessoas mais proactivas, que irão procurar mais sobre a sua situação podendo dar mais sugestões sobre o que esperam dos cuidados de saúde. Nesta questão foi procurado reformular o que a pessoa transmitiu, percebendo se a ideia estava correta, tentando reduzir ao máximo interpretações do investigador que escreve a resposta.

Por fim na última questão é questionado se aconselharia esta modalidade a um familiar/conhecido seu. Segundo as respostas dadas pelas pessoas 100% iria aconselhar esta modalidade. FARBER (2010) apresenta que existe correlação positiva entre a satisfação geral e a intenção de voltar ao serviço em caso de necessidade assim como de recomendar a outros. CORREIA (2009/2010) nos seus resultados chega a resultados

muito positivos, com 100% das pessoas a referir que seria provável ou muito provável recomendar a um familiar/amigo seu, indo em conformidade com os resultados apresentados neste trabalho. Ainda para realçar estes dados é de referir que segundo CNADCA (2008) 88% das pessoas consideraram a possibilidade de voltar a optar pelo regime de cirurgia de ambulatório.

Por fim quero destacar o documento da CNADCA (2008) que entre outros aspetos destaca o facto de terem ficado com o telefone do médico ou do enfermeiro do hospital; terem recebido um telefonema do hospital depois da operação para esclarecimento de duvidas e/ou verificação da situação clínica, como factos que levam ao aumento da satisfação da pessoa. Este mesmo documento realça também que as pessoas que não tiveram uma conversa com o médico ou o enfermeiro sobre os cuidados a seguir em casa apresentaram níveis de satisfação mais baixos.

Para compreender se existem outros aspetos que interferem nas respostas das pessoas foram feitas algumas inferências estatísticas. Com estas inferências foi possível analisar a satisfação assim como outros aspetos como a dor ou as náuseas. Em relação á inferência entre a satisfação geral e o sexo, a idade, o estado civil, a profissão e o grau de escolaridade é de referir que para esta amostra apenas o estado civil obteve diferenças estatisticamente significativas segundo valores estatísticos. Nas restantes características da população não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, ou seja, segundo o teste do Qui-quadrado as diferenças não foram suficientes para poder referir que por o exemplo o sexo ou a idade têm influência nas respostas. Todavia outros autores em outras amostras chegaram a outras conclusões. LEMOS et al (2008) no seu artigo apresenta a idade como uma variável que apresenta diferenças estatísticas na resposta. Refere que as pessoas “totalmente satisfeitas” têm uma média de idade mais elevada, isto é, que as pessoas mais velhas estão mais satisfeitas que as mais jovens. LEINO-KILPI et al. (2009) na sua pesquisa bibliográfica refere que as pessoas mais velhas procuram menos informação que os mais novos e que as pessoas com um grau de escolaridade mais alto são mais ativos na procura de informação. Porém no artigo de ROCHA (2011) e em semelhança aos dados deste projeto, não encontra influência significativa entre a satisfação, o sexo, o grau de escolaridade e a idade.

Com a inferência estatística entre a intervenção cirúrgica e o repassar do penso não foi obtido diferenças estatisticamente significativas. Com esta inferência apenas foi possível perceber que houve situações pontuais que devem ser consideradas e avaliadas o tipo de penso que é realizado.

Em relação à dor houve a preocupação de perceber se havia diferenças ao nível da dor em relação ao tipo de analgesia que as pessoas levavam para casa. Com esta inferência foi possível perceber que não há diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de *kits*. No entanto e como já foi referido, irá haver alterações dos *kits*. Este era já um desejo da equipa e os dados vieram trazer mais informação para a adequação dos novos *kits*. Estes deverão ter medicação analgésica mais forte, produzindo grupos de medicamentos mais intensos e com efeito superior sobre a dor, com o objetivo de aumentar a percentagem de pessoas com nível de dor igual a zero.

Em relação às situações de náuseas sem vômitos referidas por 4 pessoas não foi possível retirar um motivo para esta situação. O tipo de cirurgias e por conhecimento do tipo de anestésias efetuadas é de realçar que não existe uma ligação na amostra entre a cirurgia/anestesia e as náuseas e vômitos. Dessa forma ficou considerado que os casos de náuseas e vômitos podem estar relacionados com a medicação mas também com a pessoa em si, que reage de forma diferente a situações de anestesia e cirurgia.

Posteriormente foi realizada a inferência entre a questão “Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta” e o sexo, idade e grau de escolaridade. Com os resultados apresentados pelo SPSS após realização do teste do qui-quadrado é possível referir que nesta amostra não existe relação estatisticamente significativa entre as inferências referidas anteriormente. Apenas pode-se referir que existe uma diferença mínima entre homens e mulheres, em que as mulheres apresentam mais respostas positivas, ou seja, que os homens leem ligeiramente menos. Em relação à idade as pessoas que responderam mais negativamente à questão referindo que não leram foram as pessoas mais novas e as pessoas mais velhas. Porém devido ao número de pessoas de cada grupo de idades é de sublinhar que a diferença não é estatisticamente significativa. No fim em relação ao grau de escolaridade chega-se à mesma conclusão que analisando o número de pessoas de cada grupo não se pode relacionar a “não” leitura com a escolaridade. Em semelhança aos dados sobre a amostra é possível também referir pelos dados apresentados no Quadro XVII que não existe relação estatisticamente significativa entre o acompanhante e o tipo de resposta à questão “Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?”. O leque de pessoas que responderam negativamente, referindo que não leram estão dispersas pelos vários grupos de acompanhantes.

Por fim após análise do nível da dor relacionando com o tipo de cirurgia é possível através dos resultados perceber que existe relação estatisticamente significativa entre a dor e o tipo de cirurgia. À cabeça com um valor medio de dor alto estão as pessoas que foram operadas ao Hallux Valgus sendo submetidas a Bunionectomia. Logo de seguida

cura cirúrgica por Quervain e Extração de parafuso/grampo e em 4º lugar o grupo Outros. Devido ao grupo dos outros estar em 4º lugar no nível medio mais alto foi necessário analisar caso a caso desse grupo, onde se destaca o desbridamento de ferida cirurgia do tornozelo com dor de nível 5 (escala numérica). Ao refletir sobre esses dados é exequível realçar que o tipo de cirurgia com um nível de dor alto (nesta amostra) é Bunionectomia. Posteriormente retirando os casos de diagnóstico de Quervain, as pessoas que mais referem dor alta são as cirurgias ao membro inferior (Bunionectomia, Extração de material e desbridamento no tornozelo). Dessa forma as pessoas com cirurgias do membro inferior devem usufruir de mais medicamentos analgésicos. Para complementar esta análise seria importante relacionar esta dor com o tipo de anestesia realizada.

Com estes dados foram possíveis retirar alguns aspetos a melhorar nos cuidados de Enfermagem. Uma outra característica importante de realçar foi o impacto deste projeto no aumento do espirito crítico da equipa, que ao longo do tempo foi olhando para si próprio. Além deste resultado o projeto fez aumentar igualmente o espirito crítico dos autores. Estes não se ficaram pelos resultados mas levantaram outras perguntas em relação aos dados. Desta forma não se fechou um ciclo, chegando a respostas fechadas, mas sim abriu o leque a outros possíveis trabalhos, podendo assim haver um grande desenvolvimento. Inicialmente ao realizar este projeto era idealizado que seriam retiradas conclusões definitivas, chegando a premissas fechadas. Porém hoje muitas questões foram levantadas e hoje isso é visto com um ponto favorável, dado desta forma poder-se dizer que foi iniciado um caminho e que muito mais há a percorrer.

Após analisar os indicadores de qualidade da cirurgia de ambulatório apresentados pela Entidade reguladora da Saúde (ERS) é de sublinhar que a avaliação da dor no pós-operatório, a cedência de medicação analgésica na alta e o ensino na alta foram trabalhados com o objetivo da melhoria dos cuidados. A cedência do contacto telefónico e avaliação pós-operatória nas 24 horas após a alta foram mantidos dado já serem realizados a 100% antes do projeto. Em relação à seleção da pessoa para administração da profilaxia das náuseas e vômitos, assim como a seleção da profilaxia estes são indicadores que continuam com bons resultados mesmo não sendo entregue para casa esta medicação, com a justificação já apresentada no capítulo onde se aborda a adaptação do questionário.

Hoje posso referir que não houve estagnação com a realização deste trabalho, mas sim aumento do espirito de análise e de procura sobre os cuidados mais adequados e quais os fatores que interferem direta ou indiretamente com a satisfação das pessoas em contexto de cirurgia de ambulatório. ROCHA (2011) com base noutros autores apresenta que a maioria das definições de satisfação incluem elementos de

subjetividade, expectativas e percepções. Este mesmo autor sublinha que é um conceito pouco teorizado, sendo necessário vários teóricos para o seu entendimento, contudo apesar dessa dificuldade a sua avaliação é vista como muito importante para a melhoria da qualidade dos cuidados.

3.5.3 Sessão Plenária

Como referido anteriormente foi realizado uma Sessão Plenária com os elementos de Enfermagem que fornecem informação às pessoas/cuidadores informais em relação aos cuidados a ter após a alta em cirurgia de ambulatório. Durante a sessão foram retiradas notas de campo, destacando quais os aspetos realçados pela equipa em relação a cada tópico. Em seguida irá ser apresentada quais esses aspetos, estando por sua vez decompostos por cada um dos tópicos apresentados no apêndice VI.

- **Informação fornecida oralmente – adequação**

Neste tópico os elementos presentes consideram que a informação fornecida oralmente à pessoa/cuidador informal é realizada de forma adequada. A sua experiência tem transmitido essa sensação. O único aspeto que deve ser trabalhado é a uniformização em relação à administração da terapêutica analgésica por parte da pessoa no domicílio. Foi discutido que a forma como era indicado a pessoa tomar a medicação variava de Enfermeiro para Enfermeiro. Dessa forma era necessário ficar acordado em equipa como a pessoa deveria tomar a medicação analgésica.

- **Folheto informativo – adequação**

A equipa foi unanime em referir a necessidade de atualização dos folhetos informativos, assim como realização de folhetos novos, ou seja, folhetos mais variados para cada cirurgia ou por área do corpo a ser operada. Juntamente a este aspeto foi realçado a necessidade de inserir no folheto um espaço para o Enfermeiro escrever outras informações mais específica e personalizadas. Nesta sessão foi exposto que as pessoas referiam que já tinham o folheto informativo. Contudo os Enfermeiros sabiam que as pessoas tinham um folheto visualmente semelhante, que tinha sido entregue na consulta pré-operatória. Dados os folhetos serem visualmente semelhantes foi considerado a necessidade de alterar a imagem do folheto com os cuidados para o pós-

operatório. Neste tópico ficou identificada a necessidade da equipa se juntar e discutir quantos folhetos informativos seriam necessários de produzir, discutindo a sua realização segundo cirurgias ou segundo áreas do corpo.

- **Facilidades sentidas pelos Enfermeiros no fornecimento de informações para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório**

Os Enfermeiros neste aspetos consideraram que as facilidades por parte da equipa foram:

- Área de especialidade (Ortotraumatologia);
- Equipa experiente;
- Equipa pequena.

O facto de ser apenas uma especialidade dá um aporte de conhecimentos mais específico, assim como grande experiencia na mesma especialidade, facilitando o fornecimento de informação adequada às pessoas para os cuidados a terem após a alta. Sendo uma equipa pequena com vários elementos com grande experiencia em Ortotraumatologia facilita a realização de ensinos adequados, uniformizados e personalidades.

- **Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no fornecimento de informações para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório**

Neste tópico as dificuldades apresentadas pela equipa foram:

- Fornecer informação ao acompanhante que não será o adulto responsável que irá estar presente nas primeiras 24 horas;
- Inexistência de espaço específico e privado para falar com as pessoas e seus cuidadores informais.

Os Enfermeiros presentes realizam o telefonema de acompanhamento após 24 horas da alta da pessoa. Com base nesse telefonema expõem que em várias situações a pessoa presente no dia da cirurgia não é a mesma presente nas seguintes 24 horas. Este aspetos é realçado pelos Enfermeiros como uma dificuldade sentida, dado o cuidador informal em casa não ter obtido a informação mas sim o acompanhante no dia da cirurgia. O outro ponto foi a falta de um espaço (pequeno gabinete) para falar com a

pessoa e seu cuidador informal em relação aos cuidados a ter em casa. Neste momento é realizado num pequeno espaço apenas com um cortinado dividindo a área.

- **Estratégias de resolução das dificuldades**

Dada a experiência dos Enfermeiros presentes na Sessão Plenária e colocado o tópico acima referido foram apontadas as seguintes estratégias:

- Cirurgia do ambulatório em ligação com o CS;
- Parametrização da informação (ensinos) realizada pelos Enfermeiros;
- Haver um espaço específico para o contacto com a pessoa e seu cuidador informal.

Com estas estratégias a equipa considera que existiria uma melhoria no fornecimento de informação, assim como no estabelecimento de um contínuo nos cuidados à pessoa.

3.5.3.1 Discussão dos resultados da sessão plenária

Ao realizar e analisar a Sessão Plenária foi possível retirar algumas conclusões e perceber quais os comportamentos a analisar na prática de Enfermagem. Seguindo os vários tópicos abordados na Sessão, em primeiro lugar foi colocado em discussão a adequação da informação fornecida oralmente. A Equipa de Enfermagem da UCA apresenta alguns elementos fixos, elementos com muitos anos de experiência em cirurgia de ambulatório. Foram esses elementos que realizaram a integração dos elementos mais novos, promovendo que os novos Enfermeiros realizassem os ensinos da forma mais correta e adequada. Nesta sessão a questão levantada foi a uniformização da informação em relação à terapêutica analgésica. Este aspeto foi trabalhado posteriormente com a equipa e é atualmente realizada de forma uniforme por toda a equipa, contudo está em fase de trabalho a readaptação da terapêutica analgésica, sendo necessário a equipa voltar a juntar-se e realizar a adequação da informação. Atualmente a equipa trabalha para realizar os ensinos de forma uniforme, abordando todos os temas adequados, ficando sensibilizados para a personalização dos ensinos, considerando a pessoa que foi operada. Em seguimento à informação oral, a informação escrita foi levantada com necessidade de reajustamento. Estes folhetos informativos necessitam de ser reajustados e modificados visualmente. Este último aspeto foi levantado dado as pessoas referirem já terem recebido esse folheto, no entanto tinham recebido um semelhante na

consulta pré-operatória. No momento a equipa está a discutir quantos e que temas devem ter os novos folhetos para começar a sua construção. Possivelmente até ao fim do verão será possível ter todos os folhetos construídos.

Posteriormente foram abordados alguns temas levantados como facilidades e dificuldades da equipa em relação ao fornecimento de informação. Nestes tópicos e como referido podemos realçar a única área de especialidade (Ortotraumatologia), assim como a equipa experiente e pequena. Esses aspetos levam a ter uma equipa com grandes conhecimentos específicos e com grande experiência na área, dado contactarem com muitos doentes, especificamente de Ortotraumatologia. As dificuldades por sua vez estão relacionadas com o espaço físico e com o acompanhante. A UCA de excelência deveria ter um gabinete para o contacto com a pessoa e seu acompanhante para fornecer a informação necessária para os cuidados em casa. No entanto devido à estrutura arquitetónica atual não existe esse gabinete, sendo adaptado um espaço, apenas dividido por uma cortina onde é possível falar com o acompanhante. A criação desse espaço foi uma das estratégias realçadas pela equipa, porém seria necessário financiamento para obras que não existe atualmente. A equipa com conhecimento desse facto está mais sensibilizada para o contacto com o acompanhante, adaptando o espaço que existe. O outro tópico de dificuldade deve-se aos Enfermeiros fornecerem a informação ao acompanhante que por diversas vezes não é a pessoa que vai estar nos dias seguintes com a pessoa sendo outro adulto o responsável pelos cuidados. Este facto é impossível de controlar devido à dificuldade que muitas vezes as pessoas têm em arranjar um acompanhante, sendo ainda mais difícil que esse acompanhante seja o mesmo que irá estar responsável nas primeiras 24 horas. Apesar de a informação poder “perder-se” é continuado a realizar esse ensino, independentemente da pessoa que é o acompanhante.

Em relação às estratégias, uma já foi referida anteriormente em relação ao espaço físico da UCA. As outras duas estratégias que a equipa considerou importante seriam uma parceria entre a UCA e os CS, facilitando a continuidade dos cuidados e a personalização de todo o processo. Outra das estratégias identificadas é a necessidade da parametrização da informação (ensinos) realizada pelos Enfermeiros. Com esta estratégia seria dada visibilidade ao trabalho do Enfermeiro e seria destacado toda a informação pertinente de fornecer às pessoas para os cuidados após a alta. As últimas duas estratégias serão a considerar em equipa para trabalho futuro, com o objetivo da melhoria dos cuidados na UCA.

4. Competências do Grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória

O Curso para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória procura proporcionar conhecimentos e momento de reflexão, análise e prática clínica. Todos estes fatores são por si promotores de desenvolvimento e suporte para o desenvolvimento de competências, que permitem realizar cuidados de enfermagem perioperatório de excelência. Segundo o guia da UC Projeto/Estágio (FERRITO et al., 2012-2013, p.4), o 2º ciclo de estudos, conforme a proposta de Curso à Agência de acreditação e Avaliação do Ensino Superior (A3ES), confere o grau de Mestre em Enfermagem, assegurando que o formando desenvolve um conjunto de competências. Essas competências são:

- Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;
- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integra equipas de desenvolvimento como componente essencial do desenvolvimento;
- Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Este mestrado em particular vem ao encontro da obtenção do grau de Mestre mais especificamente o grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Conforme o mesmo documento referenciado anteriormente o ciclo de estudos para o grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, respeitando pelo estipulado em geral, no ensino politécnico, pelo nº 4 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelos, Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Julho e Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de Setembro, visa o desenvolvimento de 5 competências a citar:

- Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação;

- Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar;
- Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações;
- Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar;
- Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Neste capítulo é procurado identificar todos os aspetos, comportamentos, atividades que ajudaram a desenvolver cada uma das competências. Ao longo de todo o trabalho foi efetuada uma autoavaliação de todo o projeto procurando a crítica construtiva. Neste capítulo é realizada uma reflexão do nosso percurso. Refletir como se nos olhássemos ao espelho, podendo dessa forma avaliar e perceber como desenvolvemos cada uma das competências e forma de continuar esse caminho. Em seguida essa reflexão é realizada analisando as competências descritas anteriormente como as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Como base destas competências é importante manter e desenvolver todas as 96 competências inerente ao enfermeiro de cuidados gerais presentes no documento da Ordem dos Enfermeiros intitulado de Regulamento do perfil de competência do enfermeiro de cuidados gerais. Isto é um enfermeiro Mestre em Enfermagem deve apresentar as 96 competências dos Enfermeiros de cuidados gerais mais os competências de Mestre da área onde realiza esse desenvolvimento. É grande a diversidade conceptual de competência, com análises e reflexões que variam em função dos contextos de abordagem. Segundo FLEURY et al. (2001, p. 188) a competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo.” Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011, p.7) no documento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais coloca a certificação

de competências de forma assegurar “que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica”. No entanto como futuro Mestre em Enfermagem é preciso a análise de outras competências mais específicas já definidas anteriormente. No Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março no Capítulo III é apresentado as competências que todos os mestres devem alcançar para a obtenção do grau. Neste mestrado concretamente essas competências são adaptadas e direcionadas para a Mestria em Enfermagem Perioperatória, sendo essas competências que irão ser analisadas em seguida.

Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.

Todo o trabalho realizado durante este mestrado procurou alcançar esta competência. Todo o percurso espelha um forte recurso à evidência científica, demonstrando competências no domínio da Enfermagem Perioperatória. Anteriormente ao estágio e à realização deste projeto todo o caminho foi realizado tendo por base o desenvolvimento desta competência, produzindo conhecimentos baseados na investigação. Posteriormente com a realização deste Projeto, é sublinhada esta competência, considerando que toda a informação e todo o processo é fundamentado em documentos baseados na evidência científica. Todos os autores referenciados foram retirados de bases de dados científicas ou de livros considerados importantes nas áreas de estudo.

No projeto, foi utilizada a metodologia do projeto. Através desta metodologia foi realizada análise diagnóstica das necessidades do serviço, foram propostos objetivos a alcançar, procedemos à realização do planeamento de atividades e recursos para atingir esses objetivos e participámos na avaliação do projeto tendo integrado a vertente de investigação. A Ordem dos Enfermeiros na tomada de decisão sobre a Investigação em Enfermagem (p. 1) afirma que:

“a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, família e comunidade. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem.”

A investigação foi durante este ultimo ano e meio uma constante em toda a minha prática profissional. Todos os trabalhos, reflexões, análises, práticas foram fundamentados em artigos baseados em investigação e em autores com grande

experiencia a partilhar. Além do projeto realizado durante o estágio é de destacar outros trabalhos como a realização de um artigo (em grupo) relacionando a CIPE com a Enfermagem Perioperatória. Este artigo foi desenvolvido com suporte em artigos baseados na investigação, realizando desta forma um artigo de análise bem fundamentado e com origem em outros documentos fortes a nível de investigação. Com base nestes aspetos é possível afirmar que foi possível analisar, conceder e implementar resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas da área da Enfermagem Perioperatória.

A investigação além da sua prática a nível académico, com realização de trabalhos tem igualmente grande importância na prática clínica de Enfermagem. A prática no bloco operatório é baseada em dados fundamentados, isto é, em evidência científica comprovada, para que todos os atos sejam os mais adequados nos cuidados à pessoa. Segundo a AESOP (2006, p.8) “O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências, controlo de stress”. Todos estes conceitos foram e continuam a ser definidos e analisados por muitos autores que usam a investigação para a sua correta abordagem.

O Enfermeiro Perioperatório deve ser competente no uso do conhecimento que vai suportar todos os comportamentos e atividades realizadas no âmbito da Enfermagem Perioperatória, alcançando desta forma habilidades especializadas. Foi com base neste conceito que a prática foi refletida em todas as valências, levando à realização de cuidados adequados e fundamentados em suporte proveniente da investigação. Para o desenvolvimento das competências inerentes à prática foi necessário durante o estágio demonstrar esses conhecimentos em todas as funções executadas. Durante este estágio foi possível realizar todas as funções possíveis do local onde pude desenvolver as minhas competências. As funções desempenhadas foram:

- Funções de Enfermeiro de Bloco Operatório (Enfermeiro de Apoio à anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro instrumentista)
- Funções de Enfermeiro de Cirurgia de Ambulatório (Enfermeiro de Apoio à anestesia, Enfermeiro Circulante, Enfermeiro instrumentista e Enfermeiro de recobro)
- Funções de Enfermeiro de UCPA;
- Funções de Enfermeiro de consulta de Enfermagem pré-anestésico cirúrgica;
- Funções de gestão em BO e UCA.

Dentro destas funções quero ainda sublinhar a realização da Visita pré e pós anestésica assim como os telefonemas de follow-up de 24 horas e 30 dias após a alta em cirurgia de ambulatório.

Todas as funções/intervenções mencionadas tiveram como pressuposto a promoção do bem-estar da pessoa e da segurança deste e do ambiente. Como é possível perceber existem muitas funções desempenhadas pelo Enfermeiro Perioperatório, sendo este um Enfermeiro com características de especialista, apesar de ainda não ser visto como tal. Este tem muitas funções técnicas complexas mas é importante sublinhar e desenvolver as técnicas relacionais. O Projeto realizado foi muito ao encontro desta última premissa, podendo desenvolver a componente humanística da Enfermagem Perioperatória. Neste ambiente de stresse que é característico o bloco operatório todas as funções devem ser desempenhadas, procurando a personalização dos cuidados. Um exemplo desse facto foi um ensino realizado a um rapaz de 17 anos, operado ao joelho (artroscopia). Nestes casos é efetuado ensino em que se diz à pessoa para colocar gelo no joelho. Devido ao penso e às compressas é normalmente indicado o tempo de 45/50 minutos de gelo até sentir o fresco do gelo no joelho e retirar posteriormente. Conhecendo um pouco mais do dia-a-dia do jovem, este ensino foi realizado indicando a colocação do gelo antes de jogar um jogo específico de computador (jogo que dura em média 45 minutos) e retirar o gelo no fim do jogo. São estes pequenos aspetos que tornam Enfermagem diferente, ou seja, tornam o Enfermeiro um profissional de saúde humano e que olha para a pessoa de forma holística.

Como já descrito muitas são as funções dos enfermeiros e a descrição de todas elas seria por si só um livro de dimensões consideráveis, pelo que é necessário o estudo constante, com esclarecimento de dúvidas existentes utilizando as bases científicas que foram ao longo destes meses um excelente instrumento comprovando-se a sua importância e a utilidade.

A Enfermagem Perioperatória já fazia parte do quotidiano antes do mestrado dado ter sido possível a prestação de cuidados em contextos perioperatórios. Muitas das funções já eram realizadas de forma considerada mais completa, contudo hoje e com base num estudo mais alargado nas bases de dados científicas é possível afirmar que atualmente toda a prática além de mais completa é igualmente mais fundamentada.

Atualmente está em processo de realização, no qual estamos incluídos a realização/atualização de folhetos informativos para fornecer às pessoas em contexto de ambulatório. Estes são produzidos com conhecimentos oriundos de documentos científicos, baseados na investigação e de peritos, criando desta forma folhetos atuais e completos. Além deste documento e juntamente com a equipa está igualmente em

progresso a atualização do Procedimento da alta hospitalar da unidade de cirurgia de ambulatório. Este documento está ser atualizado com base em dados retirados deste projeto assim como alterações no serviço e alterações legais.

Por fim mas não menos importante é referir que relativamente às Práticas recomendadas pela AESOP, visando a segurança do cliente, temos sempre o cuidado de respeitar as recomendações não tendo adornos, ter cabelo dentro da touca, mudar de roupa sempre que se entra e sai do serviço, assim como usar sapatos próprios e máscara dentro das salas operatórias. Ainda de referir a importância da utilização de avental de Raio-X, nas cirurgias onde há utilização do intensificador de imagem. Aspetos estes que foram transmitidos aos vários colegas em integração nas várias funções do bloco operatório. Mesmo não sendo Enfermeiro integrador desses colegas, considerei importante servir e suporte para o seu melhor desenvolvimento.

Voltando a referir o ponto 5 do Artigo 9º do REPE que refere que “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012, p.19).

Portanto considero que todo este percurso capacitou-nos de conhecimentos e aptidões, que permitiram fundamentar melhor a tomada de decisão, na escolha de meios e estratégias mais adequados à resolução de determinados problemas.

Para finalizar sublinhamos novamente um excerto anteriormente citado no subcapítulo “Pesquisa Científica” onde segundo OERMANN et al. (2000, p.168) as pessoas definem enfermagem de alta qualidade quando os enfermeiros estão preocupados e prestam cuidados excelentes, com qualidade, competências e qualificações.

Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Em contexto Perioperatório o número de situações problemáticas é uma constante, desde situações com a pessoa operada a problemas da equipa. Esta competência deve ser desenvolvida não apenas devido ao estudo para a obtenção de Mestre mas sim ao longo de toda a vida profissional. Isto é, desde o primeiro dia de prestação de cuidados enquanto enfermeiro é fulcral o desenvolvimento desta competência, trabalhando no domínio da componente pratica mas igualmente da componente relacional. Segundo DEODATO (2008, p.27) “os actos profissionais

decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.” Observando esta citação percebe-se que foi necessário utilizar varias abordagens e várias componentes para a nossa tomada de decisão clinica ao longo deste estágio. Por vezes é necessário recorrer a argumentos éticos, técnicos, científicos, deontológicos e jurídicos para mostrar que a nossa prática é a mais correta.

Em relação aos cuidados à pessoa foi possível selecionar meios e estratégias mais adequados na resolução de problemas. Durante este estágio e na realização dos telefonemas houveram situações de problemas que puderam ser resolvidas procurando conhecimentos e processos não familiares. Muitas das dinâmicas entre serviços como a urgência foram aprendidas durante este estágio. Agora conseguimos de forma mais competente resolver alguns problemas apresentados pelas pessoas.

A inovação e o grande desenvolvimento de novas tecnologias obrigam à manutenção de um estudo contínuo, obrigando o Enfermeiro a acompanhar as mudanças, procurando estratégias para a resolução de situações e procedimentos desconhecidos. Durante este processo, além do estudo para esclarecer duvidas recorrendo a manuais existentes no serviço e bases de dados científicas, foi importante a recorrência a colegas mais experientes. Porém, uma das melhoras estratégias para o desenvolvimento pessoal na resolução de problemas em situações novas e não familiares foi a possibilidade de atuar em concreto, ou seja, sempre que houve técnicas novas ou desconhecidas a estratégia foi exercer as funções de enfermeiros instrumentista e enfermeiro circulante. Considerando que o local de estágio foi o mesmo que o local onde são prestados os cuidados a nível profissional, foi colocado como objetivo para a avaliação bianual o início e otimização da instrumentação em cirurgias da coluna. Esta é uma técnica que existe desejo de iniciar e melhorar dado ser uma situação não familiar.

A realização deste projeto foi por si só foi uma situação nova. Foi necessário a obtenção de conhecimentos a nível de realização de projetos e a nível dos ensinios mais adequados a realizar às pessoas em cirurgia de ambulatório. Anteriormente ao estágio a realização de um projeto era vista como algo longínquo com imenso estudo a vários níveis, sendo muitos deles de total desconhecimento. Atualmente é possível dizer que foi um caminho longo, com imensas aprendizagens, e que algumas situações vistas como novas hoje são vistas como mais desenvolvidas. Contudo é um processo que nunca acaba, há sempre algo mais a aprender e algo mais a procurar, pelo que a pesquisa de algo novo deve ser o objetivo para toda a vida. Um enfermeiro que considera que sabe

tudo é claramente um enfermeiro estagnado e que irá ser ultrapassado por outros enfermeiros com espírito crítico apurado.

Neste estágio foi possível a integração de equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva. Um dos exemplos foi a alteração da folha de registos de enfermagem do pré, intra e pós-operatório. Juntamente com a equipa da UCA foi realizada alteração deste documento, estando este em teste durante o mês de Março. Em ligação ao já descrito na competência anterior, no Procedimento da alta hospitalar da unidade de cirurgia de ambulatório, e com base nos dados obtidos do questionários deste projeto foi ainda atualizada o protocolo da analgesia a fornecer às pessoas após cirurgia na UCA. Este protocolo foi realizado juntamente com os anestesistas do serviço, produzindo assim um documento novo com base em conhecimentos multidisciplinares.

Em conclusão o facto de ter um aporte de conhecimentos teóricos rigorosos antes de praticar ou produzir algo, confere-nos uma grande confiança e consequentemente uma maior segurança nos cuidados prestados, desenvolvendo a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória.

Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.

AESOP (2006, prefácio) “Para se atingir essa Qualidade, no Bloco Operatório, cada vez mais teremos de ter presente as necessidades reais e individuais de cada doente/família e modificar o nosso comportamento e as nossas atitudes, para que os cuidados sejam planeados e realizados tendo em conta essas necessidades”

O desenvolvimento do Projeto foi um impulsionador desta competência. A procura de mais informação sobre o tema e sobre a satisfação das pessoas, levando à mudança com melhoria dos cuidados foram aspetos a considerar na integração de conhecimentos. Com este trabalho e através dos resultados foi possível procurar e desenvolver soluções para a o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório e dos cuidados de enfermagem.

Com base em todo o processo e com os conhecimentos adquiridos é objetivado que se ganhe portes para desenvolver a tomada de decisão que muitas vezes é feita com informação limitada ou incompleta das pessoas.

Em Enfermagem Perioperatória é necessário um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos específicos por forma a alcançar a excelência dos cuidados. Contudo

existe algo inerente aos cuidados em qualquer tipo de serviço, o Processo de Enfermagem. Com este instrumento é possível reconhecer as necessidades das pessoas, planejar os cuidados, executá-los e avaliá-los, apreciando os resultados finais (AESOP, 2006).

Como já referido anteriormente a atualização do documento de registos de enfermagem na UCA foi outros dos aspetos estimularam esta competência. Com base em conhecimentos adquiridos nos últimos tempos, foi considerado necessário reformular o documento com a implementação de outros aspetos a avaliar, como a dor no intraoperatório e a monitorização da placa de neutro e características da pele.

Em relação a situações complexas é possível afirmar que o bloco operatório é um ambiente bastante rico nesse tipo de situações. A gestão técnica do material e as relações pessoais são situações bastante complexas e que proporcionam momentos de stresse mas também momentos de aprendizagem. A gestão das salas é realizada por nossa parte em ligação com a Enfermeira coordenadora, no entanto é também necessário incluir os médicos nesta discussão. Muitas vezes as discussões e as conclusões não são unânimes mas é necessário encontrar um ponto de equilíbrio sempre fundamentado por argumentos lógicos. O bloco operatório onde decorreu o estágio apresenta duas salas operatórias, com dimensões diferentes. Sala A com dimensões superiores à sala B. Nesta discussão de qual dos planos cirúrgicos fica em cada sala é necessário avaliar por exemplo a necessidade do uso de perneiras para cirurgias como encavilhamentos ou necessidade de utilização de intensificador de imagem. O facto da sala A ser de dimensões superiores leva a que cirurgias com mais dispositivos médicos sejam realizadas nesta sala, esta gestão gera questões complexas, dado que existem situações de alguma discórdia e conflito com alguns cirurgiões, sendo necessário desenvolver situações e argumentar alcançando um ponto de resolução.

A realização da Cirurgia Salva Vidas é outra questão complexa. Não existem dúvidas da nossa parte que este processo é importante e imprescindível na procura de reduzir ao máximo as possíveis complicações e situações de risco. Segundo a OMS (2010, p. 6) “O objectivo do desafio “Cirurgia Segura Salva Vidas” é melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo, através da definição de um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países e em todos os contextos. Criaram-se grupos de trabalho de peritos internacionais para revisão de literatura e, com base nas experiências dos clínicos de todo o mundo, chegaram a um consenso sobre as práticas de segurança em quatro áreas temáticas: trabalho em equipa, anestesia, prevenção da infecção do local cirúrgico e indicadores de avaliação dos serviços de cirurgia. Houve contributos de especialistas em cirurgia, anestesia,

enfermagem, doenças infecciosas, epidemiologia, engenharia biomédica, sistemas de saúde, qualidade, melhoria da segurança e outras áreas afins, bem como doentes e grupos de doentes, recrutados em cada uma das regiões da OMS, que também recolheram contributos de profissionais e outros interessados no mundo inteiro.”. Porém a sua implementação não é vista com os mesmos olhos por todos os profissionais sendo necessário argumentar e continuar a realizar da forma mais correta e não apenas realizando-o por realizar. É importante manter este projeto, alcançando a máxima segurança do doente e coagindo com consequências positivas a nível científico, ético, deontológico e jurídico.

Com o estágio foi possível desenvolver as competências clínicas, melhorando os cuidados de enfermagem, na conceção, com produção de trabalhos/documentos, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, com “estágio de gabinete” e colaboração na gestão da UCA. Este estágio proporcionou o grande desenvolvimento desta última componente, a gestão. Cooperar com a equipa de enfermagem dedicada à gestão com pedidos de dispositivos médicos e farmácia, gestão de material necessário para as cirurgias, organização burocrática com pedidos de transporte ou de dispositivos necessários para as pessoas como sapatos de baruk. Durante este estágio houve a possibilidade e um realizar um “estágio de gabinete”, ou seja, estar uma semana juntamente com a Enfermeira Coordenadora e chefes de equipa na gestão de todo o serviço, desde pedidos de todo o tipo de material, organizar e gerir autorizações para cirurgias, contacto com várias empresas de dispositivos médicos, organização da escala diária das funções dos enfermeiros, requisições de material, etc. Esta componente é de extrema importância no BO, uma vez que sem esta muitas das cirurgias não seriam realizadas por exemplo por falta de material. É de uma responsabilidade enorme esta função no BO, sendo a Coordenadora e os chefes de equipa os maestros deste serviço. Com esta componente é possível agora auxiliar a gestão do serviço, dado que anteriormente era de desconhecimento a organização e as dinâmicas necessárias para a administração do BO.

Em suma é de sublinhar a importância de integrar novos conhecimentos, com desenvolvimento de soluções lidando com questões complexas. O BO/UCPA e a UCA são serviços complexos em que foi possível integrar conhecimentos por forma a resolver situações diárias complicadas na área da gestão, em situações de urgência, de manutenção da segurança da pessoa entre muitas outras.

Queremos destacar a importância da Enfermeira Orientadora como impulsionadora de momentos para o desenvolvimento destas competências. Esta é um elemento de grande importância no desenvolvimento pessoal, sendo uma pessoa com

larga experiência em enfermagem perioperatória e com grande espírito crítico profissional.

Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Numa equipa multidisciplinar não se pode descurar da comunicação e da informação partilhada em equipa. Em BO deve existir uma relação multidisciplinar convergindo para o objetivo maior que é o bem-estar da pessoa. A segurança, a qualidade, os cuidados adequados, a humanização são conceitos muito importantes para a excelência dos cuidados no BO. Essa excelência só é passível de se manter se houver continuidade de cuidados e ligação entre esferas de competências, enfermeiros, médicos, técnicos de radiologia, técnicos de análises e auxiliares. A realização da Visita Pré e Pós Operatória são dois instrumentos importantes para a comunicação de conclusões e conhecimentos, tanto a outros profissionais como às pessoas e familiares/amigos. Da mesma forma que é importante a comunicação de informação, também é de extrema importância a receção da mesma. Um Enfermeiro nunca trabalha sozinho, este trabalha em união com vários profissionais, obtendo e disponibilizando a máxima informação possível, o trabalho em equipa deve ser mantida em todo o processo de cuidar. Segundo NUNES et al., (2005, p.151) o Artigo 91º - Dos deveres para com outras profissões do CDE alínea c) descreve que o enfermeiro deve “Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.”. Desta forma de fundamenta a necessidade do Enfermeiro partilhar o seu conhecimento com outros profissionais que estejam relacionados com o plano de cuidados da pessoa.

Sendo esta competência inerente ao Enfermeiro Mestre em Perioperatório, a sua origem vem da base das competências dos Enfermeiros de cuidados gerais. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011, p.20) no documento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais é referido que o Enfermeiro “estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.”.

Em análise à competência de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em

ambiente clínico multidisciplinar, é de destacar as formações relacionadas com o Projeto realizado. Durante o estágio e após a realização do Projeto em serviço, foi realizada a comunicação dos resultados a toda a equipa de enfermagem. Esta comunicação foi realizada no dia 10 de março, através de uma sessão em PowerPoint, apresentada em apêndice (apêndice VII). Com esta sessão foi possível apresentar todas as conclusões e os conhecimentos adquiridos com a realização do Projeto. A equipa mostrou-se bastante interessada no conteúdo da apresentação e apresentou questões e discussões pertinentes para o desenvolvimento da equipa. Juntamente com a Enfermeira Coordenadora, com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, está marcado para o dia 9 de Maio a realização de uma formação sobre a informação para os cuidados pós-operatórios a fornecer às pessoas operadas em cirurgia de ambulatório. Desta forma e em suma todos os dados/conhecimentos adquiridos no projeto serão apresentados à equipa de enfermagem.

Já anteriormente à apresentação e por conhecimento da equipa sobre o tema do projeto fomos consultados por outros enfermeiros sempre que tinham alguma dúvida. Neste momento somos vistos como uma referência sobre os ensinamentos em cirurgia de ambulatório.

Além das formações em serviço o mesmo projeto irá servir de base para a realização de duas apresentações a realizar em dois congressos, comunicando o conhecimento e as conclusões a um leque maior de profissionais. Os congressos referidos são o VIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória/ III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória e o Congresso Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência realizado na ESS.

Em conclusão a formação dos pares foi uma competência desenvolvida. A formação faz parte do quotidiano do Enfermeiro, estimulando o desenvolvimento pessoal assim como dos colegas. Todo o conhecimento pode e deve ser partilhado, desde o conhecimento adquirido na autoformação e formação dos pares, assim como da partilha de informação sobre os cuidados de saúde em ambiente perioperatório.

Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Este Mestrado e segundo o Guia da UC Projeto/Estágio (FERRITO et al., 2012-2103, p.4) “visa proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório)”. Segundo o mesmo documento este pretende suportar o desempenho e o desenvolvimento dos enfermeiros perioperatórios. Estes devem desenvolver os processos de formação continua com o objetivo da manutenção de um ambiente seguro, respondendo a situações novas e complexas inerentes ao ambiente perioperatório. Sendo assim o Mestrado tornou-se um grande estímulo para o desenvolvimento de competências, aprendizagens, conhecimentos altamente especializados e atuais. Este objetivo vem esmiuçar a competência base dos Enfermeiros de Cuidados Gerais que refere que o enfermeiro “desenvolve processos de formação continua” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011, p.23). Segundo este mesmo documento (2011, p.23) “O enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas.”.

Só a inscrição e a realização desta formação é por si só um indicador de desenvolvimento desta competência, com a decisão autónoma de melhorarmos as nossas competências na área do perioperatório. Até ao momento da inscrição no Mestrado o desenvolvimento nesta área foi realizado de forma autónoma, com a procura de mais informação e conhecimentos procurando o aperfeiçoamento profissional. Com a realização do Mestrado além do desenvolvimento autónomo foi igualmente trabalhado o desenvolvimento auto-orientado com auxílio de vários profissionais como os professores para o desenvolvimento desta competência.

A atualização e desenvolvimento das nossas competências fundem-se de grande importância para a excelência dos cuidados em enfermagem. A maior destreza na procura de informação em base de dados científicos é sem dúvidas uma mais-valia para a pesquisa futura com o objetivo de fundamentar todos os nossos atos assim como estar atualizado em relação aos cuidados mais adequados. Houve também um grande desenvolvimento do espírito crítico, levando à necessidade de questionar “tudo”, ou seja, de procurar e questionar sobre os cuidados e a sua correta aplicação. A expressão de

“sempre se fez assim” é colocada à parte, procurando qual o comportamento, conhecimento, intervenção mais correta. Durante o estágio muitas dúvidas foram surgindo. Estas foram esclarecidas com a realização de pesquisa bibliográfica, pedido de esclarecimentos a outros técnicos, como radiologistas, discussão em equipa multidisciplinar e discussão com colegas com mais experiência na área, com a orientadora como referência.

A Enfermagem Perioperatória é sem dúvida uma área de grande complexidade e só com vários anos de experiência é que se pode alcançar a “especialização” do Enfermeiro. O prévio desenvolvimento de algumas competências deste contexto e a possibilidade de ter tido algum contacto em BO foi um grande impulsionador do desenvolvimento desta e de todas as competências. Esta é sem dúvida uma área de interesse, e por isso o objetivo de manter a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento no domínio da enfermagem perioperatória. Desta forma, existiu e existe total interesse em alcançar a “especialidade” nesta área, mantendo um contínuo na evolução profissional.

Pode-se afirmar que este estágio permitiu o desenvolvimento de competências e fez-nos aprender imenso, tanto a nível de técnicas e procedimentos como a nível emocional e relacional. Atualmente, e com a realização das várias funções do perioperatório, o “mundo cirúrgico” é visto com outros olhos, percebendo melhor todo o processo inerente aos cuidados de enfermagem neste domínio.

Nesta competência queremos destacar o documento da ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) denominado de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Este documento fundamenta o objetivo do estágio, do projeto e do profissional, com a procura da satisfação da pessoa com os melhores cuidados de Enfermagem. Deste documento os enunciados que procurámos seguir foram:

- A satisfação do cliente: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes;
- A promoção da saúde: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.
- A prevenção de complicações: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes;
- O bem-estar e o autocuidado: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e

suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;

- A readaptação funcional: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;
- A organização dos cuidados de enfermagem: Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Todos estes enunciados vêm responder e guiar os cuidados de enfermagem em qualquer contexto, não sendo o perioperatório uma exceção. Fazendo um balanço bastante positivo do estágio podemos referir que foi um grande desafio, com a procura de melhorar e realizar todas as funções enquanto enfermeiro e de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na cirurgia de ambulatório com a realização do presente projeto. Além deste projeto é de destacar todos os trabalhos/apresentações anteriormente referidas sublinhando a vontade de manter uma aprendizagem ao longo da vida profissional.

Em suma afirmamos que as situações vividas durante todo o Mestrado promoveram a aquisição de conhecimentos, com o desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais de fulcrais para a excelência na prestação de cuidados no domínio da enfermagem perioperatória.

5. Implicações para a Enfermagem

“ a reflexão é incontornável nas profissões que cuidam desde que estes queiram decididamente abordar a pessoa e não apenas o seu corpo”

(HESBEEN, 2001, p.17)

Nesta fase do trabalho já muito foi descrito e relatado em relação a todo o percurso percorrido. Olhamos para trás e observamos que muito foi feito e que neste momento estamos mais aptos e competentes enquanto Enfermeiro Perioperatório. Como referido por NUNES et al. (2010) é importante refletir e avaliar todo processo de realização de um Projeto. Esta reflexão/avaliação pode e deverá ser realizada ao longo do tempo, apontando os aspetos fortes e fracos do trabalho. A melhoria da qualidade de enfermagem só é possível com a realização de trabalhos com grande presença da investigação. Só após a realização deste projeto foi possível analisar o que está menos bom e melhorar, dado que anteriormente apenas se podia dizer “penso que”.

Com o contributo deste trabalho é possível referir que atualmente o fornecimento de informação, assim como todo o processo envolvente encontra-se melhorado do que à 7 meses atrás, mas é de salientar que ainda muito há a trabalhar e que o desenvolvimento da qualidade é um infinito contínuo. Foi mais um passo na adequação técnico-científica e na acreditação da idoneidade educativa com o objetivo de alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem. Hoje os ensinamentos estão mais completos e incorporam informações como alimentação e condução automóvel que eram por vezes esquecidos. Em relação à alimentação a equipa está mais sensibilizada, e procura fornecer sempre a informação mais adequada. Em relação ao regresso à condução automóvel este foi um aspeto realçado do contacto com as pessoas, não estando inserido no questionário, sendo hoje um ensinamento importante a fornecer. Em ligação ao modelo de sistemas de Betty Neuman é possível referir que após este projeto os Enfermeiros estão mais aptos a reforçar as várias linhas da pessoa, podendo dessa forma combater os stressores.

Além deste resultado o projeto amplificou o espírito crítico dos autores. Estes não se contentaram pelos resultados mas levantaram outras perguntas em relação aos resultados. Desta forma não se chegou ao fim, chegando a respostas fechadas, mas sim ao início a outros possíveis trabalhos, podendo assim continuar com a melhoria dos cuidados de enfermagem. Como já referido, numa fase inicial foi idealizado que seriam

retiradas conclusões definitivas, chegando a premissas fechadas. Porém hoje muitas questões foram levantadas e hoje isso é visto com um ponto positivo deste trabalho, dado desta forma poder-se dizer que foi iniciado um caminho e que muito mais há a percorrer.

Com este projeto serão realizadas duas apresentações em dois congressos a realizar em Maio deste ano. Primeiro no VIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória/ III Congresso Ibérico de Cirurgia Ambulatória. Neste o título da apresentação será: “Avaliação da satisfação da pessoa em relação à informação fornecida para os cuidados após a alta em Cirurgia de Ambulatório”. Posteriormente no Congresso Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência realizado na ESS, com a apresentação intitulada de: “A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório”. Desta forma a divulgação dos resultados é realizada em dois formatos, primeiro através do relatório do projeto, segundo através de apresentações em congressos. Consideramos também importante realçar a necessidade que os vários colegas (colegas não integrados na cirurgia de ambulatório) referiram em se realizar uma formação em serviço sobre a informação mais adequada a fornecer às pessoas que são operadas em regime de cirurgia de ambulatório. Esta formação ficou agendada, com data marcada para 9 de Maio de 2014.

Os resultados e a realização deste projeto ainda fundamentaram a atualização do protocolo de analgesia existente no serviço. Este protocolo foi revisto e todos os *kits* de analgesia existentes sofreram alteração, ficando mais suportados em termos de medicação analgésica. Foi de grande agrado perceber que os resultados foram importantes para a equipa de Enfermagem, mas que foram também valorizados pela equipa de Anestesiastas, que alteraram a componente analgésica na UCA.

No final deste período a equipa da cirurgia de ambulatório relatou a importância de construir um documento de avaliação da satisfação (geral), considerando que o existente está incompleto. Este é um novo trabalho que juntamente com a equipa de enfermagem será objetivo para os próximos tempos e com esta informação realçar a motivação que a equipa adquiriu em continuar a construir e a melhorar todos os cuidados de enfermagem. Como já referido no capítulo de reflexão sobre os dados do questionário, seria interessante realizar o mesmo instrumento mas agora entregando questionários para as pessoas fazerem em casa e questionários feitos pelo telefone, comparando os resultados entre si e com estes já analisados.

Mais do que 7 meses de estágio/projeto foram 19 meses de Mestrado com imensos ganhos para a prática enquanto Enfermeiro Perioperatório. Foi um longo

caminho, com alguns momentos de desgaste mas revelaram-se de fulcrais para o desenvolvimento pessoal. Meses de estudo, procura e trabalho com o objetivo de adquirir o máximo de informação assim como de realizar um caminho correto e fundamentado.

Como referido por HESBEEN na frase presente no início do capítulo é fundamental a reflexão sobre a nossa prática e com isto questionar sempre se o que realizamos é o mais adequado. Espírito critico em toda a nossa prática é cada vez mais importante, fugindo ao comodismo e à frase “toda a gente faz assim”. Para rematar e como refere CARNEGIE no capítulo seguinte, devemos manter a ação e continuar se fomos bem-sucedidos, caso contrário deverá haver uma aprendizagem e no futuro podermos ser melhor do que somos hoje. Objetivo final: Ser melhor hoje do que fui ontem e amanhã tornar-me melhor do que sou hoje.

6. Conclusão

"Se você foi bem sucedido, pergunte a si mesmo porque, e tente repetir a ação.
Se você fracassou, pergunte a si mesmo porque, e aprenda com a experiência."

(CARNEGIE, Séc. XX)

Após a realização deste patente Relatório, concluo e afirmo que a componente de investigação é de extrema importância, pois mostra-nos todos os passos, todas as regras, todo o processo necessário para produzir conhecimento e desse conhecimento produzir documentos, ciência, mudar práticas importantes para a prática de Enfermagem. Posso assim já fazer um balanço positivo da Unidade Curricular de Investigação II em ligação com a Unidade Curricular de Projeto/Estágio.

Durante estes aproximadamente 6/7 meses de trabalho no projeto de intervenção pude desenvolver em muito a competência na área da investigação e na área da realização de projetos. Devido à pouca experiência foi necessário procurar e estudar muito sobre todo o processo de realização de projetos com o objetivo da excelência na adequação de todo o trabalho. Durante este tempo foi necessário ultrapassar um conjunto de fases de forma a poder chegar a um objetivo final. Para conseguir então esse objetivo mobilizei vários comportamentos, técnicas e intervenções de forma a concluir o projeto da forma mais correta. Realizei pesquisa bibliográfica na área, contactei com Enfermeiros de vários hospitais, trabalhei junto de toda a equipa de Enfermagem do BO/UCA do Hospital, passando por várias fases de construção previamente planeadas de forma a alcançar o objetivo do trabalho: Contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambatório. Para alcançar este objetivo foi realizada avaliação da satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

Este relatório final serviu para mostrar toda a informação recolhida, o diagnóstico de situação, o planeamento, a execução, os resultados e a avaliação de todo o processo. Foi ainda analisada a progressão enquanto enfermeiro, dissecando as competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória. O enriquecimento durante esta etapa foi bastante gratificante, alargando a visão sobre o processo de produção de material importante para a melhoria dos cuidados de Enfermagem. Houve um grande desenvolvimento teórico e técnico na criação, implementação e análise de documentos fulcrais para a investigação e implementação de cuidados de enfermagem de excelência.

Para a realização do trabalho, como aspeto facilitador coloco a disponibilidade do professor, em orientar-me na realização do projeto assim como do rápido feedback em relação ao trabalho efetuado. Coloco igualmente como aspeto facilitador, a ajuda de toda a Equipa de Enfermagem do serviço, destacando a disponibilidade da Enfermeira Coordenadora e da Enfermeira Orientadora na realização deste projeto. De aspetos dificultadores não apresento nenhum aspeto. Foi um trabalho demorado e moroso, com momentos de maior tristeza e cansaço, contudo a perseverança foi um dos aspetos que hoje vejo de grande importância, levando à conquista do nosso objetivo.

Consideramos que os objetivos foram atingidos, pois durante o relatório tentámos abordar toda a informação necessária assim como todo o percurso e conclusões para alcançar o objetivo final. No relatório pudemos analisar e avaliar os vários passos do projeto, refletindo sobre os pontos fortes e fracos, para que no futuro possamos continuar e manter os pontos fortes e trabalhar os pontos fracos. Para o desenvolvimento enquanto enfermeiro é necessário manter sempre o espírito crítico, levando à procura de mais informação, assim como de produzir conhecimento científico baseado em metodologias adequadas. Como referenciado ao longo do tempo foi necessária produção de vários documentos que estão apresentados nos apêndices deste trabalho. Além destes é ainda importante o destaque para os anexos, que foram documentos imprescindíveis para a realização deste projeto.

De uma forma geral compreendemos as orientações gerais da Unidade Curricular podendo nesta fase final fazer uma abordagem/reflexão de todo o processo de aprendizagem.

Consideramos então que conseguimos atingir os objetivos, aumentando os conhecimentos em relação à prática de enfermagem perioperatória na área da cirurgia de ambulatório, ensinos e satisfação, da investigação, da construção de documentos e no desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Mestre em Perioperatório. É de extrema importância a reflexão sobre as práticas, melhorando sempre os cuidados de Enfermagem, pois só assim se consegue aumentar a qualidade de vida das pessoas e desta forma aumentar e melhorar a visão que as pessoas têm sobre os cuidados/trabalho do Enfermeiro Perioperatório.

A excelência no atendimento ambulatorial, resultando na satisfação da pessoa é uma tendência e um objetivo deste serviço, sendo já um sucesso em muitos casos. Vários autores apresentam a cirurgia de ambulatório como o futuro da cirurgia no mundo. Esta por sua vez está criada e fundamentada na pessoa, com a procura da qualidade e da satisfação da mesma. Com este trabalho foi procurado, e pensamos que alcançado a melhoria da qualidade dos Enfermeiros deste serviço. Como refere BARNES (2001

p.350) “Excelência não requer apenas fazer a coisa certa mas também fazer a coisa certa de forma correta”¹. Como já destacado na introdução com a importância da “voz” da pessoa, este mesmo autor referido, destaca esta filosofia como uma linha para um serviço eficiente e mais seguro.

Com este trabalho pensamos que foi possível alcançar esta filosofia, que procura através das sugestões das pessoas, melhorar a qualidade dos cuidados e criar um serviço eficaz e eficiente. Só se consegue alcançar a excelência se houver uma ligação de trabalho entre a pessoa/comunidade e o profissional de saúde/Enfermeiro. Novamente em ligação ao modelo de Betty Neuman é imprescindível a ligação do Enfermeiro com a pessoa, pois só desta forma é possível melhorar os cuidados de Enfermagem alcançado o objetivo final de ajudar a pessoa, que segundo o modelo é realizado através do fortalecimento das linhas da pessoa. Este modelo apesar de originalmente não estar adaptado à Enfermagem Perioperatória demonstra uma componente importante deste contexto que são os cuidados autónomos dos enfermeiros fundamentando-se no contacto e na relação terapêutica com as pessoas/famílias.

Como sugestão para outros trabalhos deste género coloco a hipótese de implementar este questionário de forma diferente. Seria interessante de forma aleatória realizar o questionário a metade das pessoas e a outra metade responder em casa, após entrega do questionário. Assim seria possível comparar os resultados de questionários iguais respondidos em formatos diferentes. Esta análise iria comprovar ou não a informação retirada do artigo de HALL (1995) que expõe que as pessoas criticam mais de forma escrita do que oral.

Em suma o trabalho de projeto foi bastante rico em experiências e mais uma vez se revelou estimulante e valioso para o crescimento e amadurecimento enquanto Enfermeiro Perioperatório, permitindo consolidar muitos conhecimentos, assim como de poder vivenciar a ciência que é a Enfermagem.

A realização deste Estágio permitiu a reflexão sobre a realidade hospitalar em contexto perioperatório, possibilitando um olhar mais atento sobre a prática proporcionado a melhoria dos cuidados e a execução de trabalhos contributivos para a melhoria dos cuidados de saúde.

¹ Excellence requires not only doing the right thing, but also doing the right thing well.

Referencias Bibliográficas

Bibliografia

- AESOP – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.
- ARCHER, Luís; BISCAIA, Jorge; OSSWALD, Walter – *Bioética*. Lisboa-São Paulo. Editorial Verbo. 1ª Edição. 1996. ISBN: 972-22-1719-4
- BELL, Judith – *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa. Gradiva. 1ª Edição. 1997. ISBN: 972-662-524-6
- DEODATO, Sérgio – *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra. Edições Almedina. Março. 2008. ISBN: 978-972-40-3401-0
- FERRITO, Cândida [et al.] – *Guia da UC Projeto/Estágio 2º e 3º Semestres. 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória*. 2012-2013. IPS. ESS. Setúbal.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência. 2ª Edição. 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta. 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5
- GEORGE, Julia B. – *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Artmed Editora, 4ª Edição. 2000.
- HESBEEN, Walter – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures. Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-20-7.
- HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – *Investigação por Questionário*. Lisboa. Edições Sílabo. 2ª Edição. 2005. ISBN: 972-618-273-5.
- LEMOS, Paulo; JARRETT, Paulo; PHILIP, Beverly - *Day Surgery: Development and Practice*. International Association for Ambulatory Surgery. Porto. Abril. 2006. ISBN: 989-20-0234-2.
- LIMA, N. – *O Desafio da Cirurgia Ambulatória*. Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Volume VII, Numero 19, 2006, p. 13-20. ISSN 0874-8128.
- MANICA, J. [et al.] – *Anestesiologia: Princípios e Técnicas*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994.

- MANLEY, K.; BELLMAN, L. – *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures. Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-54-1.
- MAROCO, João - *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a Edição. Edições ReportNumber. 2011. ISBN: 978-9899-676-329
- NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro – *Pedagogia dos Projetos: Etapas, papéis e atores*. São Paulo. Editora Érica. 1.^a Edição. 2005. ISBN: 85-365-0078-6
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 2005. ISBN: 972-99646-0-2
- NUNES, L [et al.] – *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Setúbal. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal. Revista Percursos. Nº 15. Janeiro-Março. 2010. ISSN 1646-5067
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nuno - *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo. 5.^a Edição. 2008. ISBN: 978-9726-184-980
- ROTHROCK, J. – *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Loures. 13.^a Edição. 2008. ISBN: 978-989-8075-07-9
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência, 5.^a Edição. 2004. ISBN 972-8383- 74-6
- UNAIBODE – *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura de qualidade*. Loures. Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-24-x

Referencias Eletrónicas

- APCA - *Recomendações Portuguesas para a Profilaxia e Tratamento das Náuseas e Vómitos em Cirurgia Ambulatória*. Janeiro. 2012. [Consultado 3 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf
- APCA - *Recomendações para o Tratamento da Dor Aguda Pós-Operatória em Cirurgia Ambulatória*. Janeiro. 2013. [Consultado 3 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf
- BARNES, S. - *The State of Ambulatory Surgery and Perianesthesia Nursing*. Journal of PeriAnesthesia Nursing. [Em linha]. Volume 16, Numero 6, (2001), p.

- 347-352. [Consultado 17 Nov. 2013]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S1089947201109871/1-s2.0-S1089947201109871-main.pdf?_tid=47068156-23be-11e3-87db-00000aacb35f&acdnat=1379878769_ff65342cd2422a7868cc7af42df8c9a5
- BAROUDI, Dina N.; NOFAL, Walid H.; AHMAD, Nauman A. – *Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale*. Anesthesia Essays and Researches. [Em linha]. Arabia Saudita. Volume 4. Número 2. (2010) p. 85-90. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=60202917&site=ehost-live&scope=site>
 - BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares - *Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico*. Revista eletrônica de enfermagem. [Em linha]. Volume 7, Numero 1. (2005), p. 118-127, [Consultado 12 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/846/1018>
 - CARNEGIE, Dale. Séc XX; [Consultado 01 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ociocriativo.com.br/frases/pesquisa.cgi?cmd=txtcat&ref=1077128248>
 - CASEIRO, J. et al. - *Procedimentos 2014: Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do Pós-Operatório*. Lisboa. Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Oncoanestesia. 2013. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.oncoanestesia.org/wp-content/uploads/2013/11/Manual_de_Procedimentos_2014.pdf
 - COMISSÃO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO (CNADCA) - *Relatório Final: Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Ministério da Saúde. Outubro. 2008. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Relatorio_Final.pdf
 - CORREIA, Rui - *Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. 2009/2010. Mestrado Integrado em Medicina. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53367/2/Tese%20Rui%20Correia.pdf>
 - COSLOW, Barbara I. Franzen; EDDY, Mary E. – *Effects of Preoperative Ambulatory Gynecological Education: Clinical Outcomes and Patient Satisfaction*.

- Journal of PeriAnesthesia Nursing. [Em linha]. Volume 13. Número 1. (1998). p. 4-10. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1089-9472\(98\)80074-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1089-9472(98)80074-9)
- COUTINHO, Sofia - *Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório*. Revista Portuguesa de Cirurgia. [Em linha]. II Série. Número 8. (2009) p. 59-64. ISSN: 1646-6918. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em: <http://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230/229>
 - Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de Janeiro. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/15330/getpdf.pdf>
 - Decreto-Lei n.º 75/2013 de 4 de Junho. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/06/10700/0321803219.pdf>
 - DGS - *Cirurgia de Ambulatório*. Lisboa. 2000. ISBN: 972-9425-98-1. [Consultado 22 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf
 - DIÁRIO DA REPÚBLICA – *Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro*. [Consultado 31 Out. 2013]. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>
 - FARBER, Janice – *Measuring and Improving Ambulatory Surgery Patients' Satisfaction*. Aorn Journal. [Em linha]. Volume 92. Número 3. (2010). Pp. 313-321. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010793057&site=ehost-live&scope=site>
 - FC, Biley - *Nurses' perception of stress in preoperative surgical patients*. Journal of Advanced Nursing. [Em linha], Volume 7. Numero 14. (1989). p. 575-81. [Consultado 17 Nov. 2013]. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1989096290&site=ehost-live&scope=site>
 - FENTON-LEE, D.; COOKE, T.; RIACH E. – *Patient acceptance of day surgery*. Annals of the Royal College of Surgeons of England. [Em linha]. Volume 76. (1994). p. 332-334. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2502375/pdf/annrcse01591-0052.pdf>

- FLEURY, Maria T.L.; FLEURY, Afonso – *Construindo o Conceito de Competência*. RAC. Edição Especial. 2001. p. 183-196. [Consultado 12 Mar. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- FRACZYK, Linda; GODFREY, Helen - *Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment service experienced by patients undergoing general anaesthesia in a day surgery setting*. Journal of Clinical Nursing. [Em linha] Volume 19. (2010). p. 2849-2859. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03277.x/pdf>
- FREITAS, Carlos – *A Ética na Enfermagem*. [s.d.]. [Consultado 31 Out. 2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20etica%20na%20enfermagem%20de%20Carlos%20Freitas%2006%20junho%202013.pdf>
- GILMARTIN J.; WRIGHT K. – *The nurse's role in day surgery: a literature review*. Reino Unido. 2ª Edição. International Nursing Review. School of Healthcare Studies. Volume 54. 2007. p. 183-190. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x/pdf>
- GOIS, Cristiane Franca Lisboa [et al.] - *Fatores Estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca*. Invest Educ Enferm. [Em linha]. Volume 3. Número 3. (2012). [Consultado 17 Nov. 2013]. Disponível em <http://portal.estacio.br/media/3828547/312-319-fatores-estressante-para-paciente.pdf>
- GONÇALVES, Denise Cardoso - *O discurso sobre as relações educação-saúde-trabalho, de professores universitários e trabalhadores da construção civil*. Capítulo 4. 1996. [Consultado 12 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.eps.ufsc.br/disserta96/denise/index/index.htm#sumario>
- HALL, Melvin F. - *Patient satisfaction or acquiescence? Comparing mail and telephone survey results*. Journal Of Health Care Marketing. [Em linha]. Volume 15. Número 1. (1995). p. 54-61. [Consultado 18 Fev. 2014]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10142388&site=ehost-live&scope=site>
- LEINO-KILPI, Helena [et al.] – *Preferences for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients*. Applied Nursing Research. [Em linha] Volume 22. (2009). p. 101-106. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189707000717>

- LEMOS, Paulo [et al.] – *Patient Satisfaction following day surgery*. Journal of Clinical Anesthesia. [Em linha]. Volume 21. (2008). p. 200-205. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818009000804>
- LÉOPHONE, Paul [et al.] - *Effets de la Préparation sur L'anxiété avant la fibroscopie bronchique*. Recherche en soins infirmiers. [Em linha] Volume 3. Número 60. (2000). p. 50-66. ISSN 0297-2964. [Consultado 12 Nov. 2013]. Disponível em <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/60/50.pdf>
- MARQUES, Ana Rita Oliveira – *Cuidados de Enfermagem Pré e Pós – Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Percepção dos Doentes*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Novembro. 2011. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4166>
- MARTINS, José C.A. – *Investigação em Enfermagem: Alguns Aparentamentos sobre a dimensão ética*. 2008. Pensar Enfermagem. Volume 12. Número 2. p. 62-66. [Consultado 30 Out. 2013]. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Diário da República, 1.ª série — N.º 21 Portaria 132/2009, Artigo 3º — 30 de Janeiro de 2009. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2009/01/02100/0065600660.pdf>
- NUNES, Lucília – *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Estefanilha. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Julho. 2013. [Consultado 27 Set. 2013]. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- OERMANN, Marilyn H.; TEMPLIN, Thomas – *Important Attributes of Quality Health Care: Consumer Perspectives*. Journal of Nursing Scholarship. [Em linha] Volume 32. Número 2. (2000). p. 167-172. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2000.00167.x/pdf>
- OMS – *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. WHO. 2010. ISBN 978-92-4-159855-2. [Consultado 15 Mar. 2014] Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009.aspx>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa. Abril. 2006. [Consultado 07 Jan. 2014]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa. Divulgar. Dezembro. 2001. [Consultado 17 Mar. 2014] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento do perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Divulgar. 2011. [Consultado 12 Mar. 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. 2012. [Consultado 13 Jan. 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- PINTO, José Miguel Silva; TAVARES, Paula - *A Unidade de Cirurgia Ambulatória do Hospital de Curry Cabral*. Revista Portuguesa Cirurgia Ambulatório. [Em linha] Volume 6. (2005). p. 41-48. [Consultado 22 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/revista2005_unidade_curry.pdf
- PRITCHARD, Michael John - *Managing anxiety in the elective surgical patient*. British Journal of Nursing. [Em linha]. Volume 18. Número 7. (2009). p. 416-419. [Consultado 12 Nov. 2013]. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010247116&site=ehost-live&scope=site>
- RHODES, Lenore; MILES, Gail; PEARSON, Alan – *Paciente subjective experience and satisfaction during the Perioperative period in the day surgery setting: A systematic review*. Internacional Journal of Nursing Practice. [Em linha]. Volume 12. (2005). p. 178-192. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x/pdf>
- ROCHA, Elyrose Sousa Brito – *Qualidade do cuidado de enfermagem: satisfação do cliente hospitalizado*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2011. [Consultado 18 Fev. 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31102011-083131>
- SANTOS, A. L. – *A Importância na Ética na Investigação*. Revista Portuguesa de Cardiologia. [Em linha]. Volume 23. (2004). Número 4. p. 627-644. [Consultado 2 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/300.pdf>

- SANTOS, Mariana Rodrigues Machado dos; SOUSA, Cristina Silva , TURRINI, Ruth Natalia Teresa - *Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Em linha]. Volume 46. (2012). p. 78-85. ISSN 0080-6234. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/12.pdf>
- SANTOS, Rosana Rodrigues dos; PICCOLI, Marister; CARVALHO, Arianne Rodrigues Silva - *Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica*. Cogitare enferm. [Em linha]. Volume 12, Número 1, (2007). p. 52-61. ISSN 1414-8536. [Consultado 12 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v12n1/v12n1a07.pdf>
- SOUZA, Aline Aparecida de; SOUZA, Zelita Chaves de; FENILI, Rosângela Maria - *Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico*. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha]. Volume 7, Número 2, (2005). p. 215 – 220. [Consultado 17 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/879/1050>
- WMA – *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Brazil. 2013. [Consultado 30 Out. 2013]. Disponível em: <http://www.sancheassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Dezembro/PrincEticInvestMed.pdf>
- ZANCHETTA, Claudia; BERNSTEIN, Mark – *The nursing role in patient education regarding outpatient neurosurgical procedures*. Canadian Association of Neuroscience Nurses. AXON/ L'AXONE. [Em linha]. Volume 25. Numero 4. (2004). p. 18-21. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004201391&site=ehost-live&scope=site>

Apêndices

Apêndice I

Apêndice I - Artigo do Projeto

Avaliação da satisfação em relação à informação sobre os cuidados pós-operatórios em cirurgia de ambulatório

André Couto¹
Antônio Freitas²
Paula Pinto³

Resumo: A profissão de Enfermagem está em contínuo desenvolvimento sendo possível em colaboração com a comunidade, poderem-se descobrir novos significados das experiências vividas e com isso identificar os níveis de satisfação. Este artigo apresenta os resultados de um questionário implementado na unidade de cirurgia de ambulatório, a uma amostra por conveniência de 75 pessoas, procurando conhecer a satisfação das pessoas e analisar quais os cuidados a melhorar na procura da excelência. Os resultados obtidos foram bastante positivos com níveis de satisfação altos, no entanto procurou-se perceber onde se pode melhorar os cuidados de enfermagem e onde o processo é bem executado. Com esses dados foi ainda possível realizar algumas inferências estatísticas. Estes dados indicando cuidados excelentes podem estar alicerçados a questões relacionadas com viés de resposta como o efeito halo e o viés aquiescência.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória, Cirurgia de Ambulatório, Informação, Satisfação

Abstract: The career of Nursing is in continuous development making possible, through collaboration with the people, to discover new meanings for the lived experiences and with that to evaluate the satisfaction levels. This article presents the results of a questionnaire implemented in ambulatory surgery unit, to a convenience sample of 75 subjects, aiming to the knowledge on their satisfaction and analysing which cares to improve in the search for excellence. The results obtained were quite positive with high satisfaction rates, however sought to realize where can the nursing care be improved and where is the process well executed. With these data it was yet possible to do some statistic inference. The data indicating excelent care can be grounded to questions related to answer bias like the halo effect and the acquiescence bias.

Key-words: Perioperative Nursing, Ambulatory Surgery, Information, Satisfaction

¹ Estudante Mestrado em Enfermagem Perioperatória (email: ndr_couto@hotmail.com)

² Professor da Escola Superior de Saúde – IPS

³ Enfermeira Orientadora

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação II e em ligação com a Unidade Curricular de Projeto/Estágio, do 1º curso de Mestrado de Mestrado em Enfermagem Perioperatório da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) foi realizado um projeto de intervenção visando a melhoria dos cuidados de enfermagem no local do estágio. Após a realização do projeto foi projetado e realizado o presente artigo. A realização deste projeto decorreu durante o período de 23 de Setembro de 2013 e 11 de Abril de 2014.

O Objetivo do projeto realizado foi de contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatorio. Para alcançar este objetivo foi realizada a avaliação da satisfação em relação à informação sobre os cuidados pós-operatórios em cirurgia de ambulatorio.

Todo o projeto foi realizado tendo como base os princípios éticos e deontológicos definidos no CDE e o REPE. Como refere NUNES¹ os Enfermeiros devem salvaguardar sempre os direitos humanos, realizando cuidados de Enfermagem adequados

com os recursos disponíveis e sempre de acordo com a ética.

Segundo o REPE² (p.19), Artigo 9º, ponto 5 “Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.”

Este artigo vem ao encontro de resumir parte do relatório de projeto realizado no âmbito Unidade Curricular de Investigação II e em ligação com a Unidade Curricular de Projeto/Estágio.

Pesquisa Científica

A profissão de Enfermagem está em contínuo desenvolvimento, sendo possível através da investigação adquirir novas evidências científicas. Em colaboração com as pessoas podem-se descobrir novos significados das experiências vividas e com isso identificar os seus níveis de satisfação. Com base no referido anteriormente é imprescindível que nos questionemos sobre a forma como desenvolvemos as nossas práticas e os nossos projetos, analisando a opinião das pessoas com o objetivo de aumentar a sua satisfação.³

Segundo o Diário da República, 1.ª série — N.º 21 Portaria 132/2009, Artigo 3º — 30 de Janeiro de

2009 a Cirurgia de Ambulatório é uma “intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas”.

Neste contexto as pessoas encontram-se sempre muito atentas e acordadas conseguindo avaliar o meio envolvente. Estas no momento da alta devem estar conscientes e orientadas preenchendo assim parte dos critérios de alta e com isso estarem cientes da informação que lhes é fornecida. Como refere COSLOW⁴, neste processo as pessoas são envolvidas tornando-se responsáveis pela manutenção da sua saúde. Segundo o mesmo autor a responsabilidade dos Enfermeiros na educação para a saúde deve ser enfatizada. Estes devem procurar ferramentas que ajudem neste processo, levando a resultados de excelência. SANTOS⁵ refere que o fornecimento de orientações e informações coerentes reduzem a insegurança das pessoas, favorecendo uma relação positiva com um vínculo de segurança, levando ao sucesso do tratamento e à satisfação da pessoa; isto está em concordância com LEMOS⁶ que refere que as pessoas totalmente satisfeitas fazem parte do

grupo de pessoas que reportam uma melhor informação pós-operatória recebida.

Os ensinamentos sobre os cuidados pós-operatórios devem ser iniciados antes da cirurgia e reforçados no pós-operatório³ em consonância com ZANCHETTA⁷ que apresenta a mesma premissa. Desde a primeira consulta até ao momento da alta, em colaboração com a pessoa, é necessário detetar a informação específica e relevante para auxiliar no planeamento da alta e na recuperação em casa.⁸

FARBER⁹ destaca que todos os profissionais de saúde devem ter a capacidade de ouvir, de ser perspicazes e antecipar as necessidades da pessoa e família, requerendo competências na área da comunicação e da empatia.

O fornecimento da informação não deve ser feito de forma padrão, esta deve diferir de pessoa para pessoa, tendo em conta os conhecimentos prévios manifestados pela pessoa devido a terem tido uma consulta pré-operatória ou experiência de outras cirurgias semelhantes.³

Em análise aos documentos dos vários autores referidos ao longo do texto as informações e os aspetos mais destacados pelas pessoas são:

- Informação sobre as complicações e medidas preventivas;
- Informação sobre o controlo da dor;

- Quais os cuidados ao penso/Cuidados à zona operada;
- Qual a atividade física permitida;
- Forma de tomar a medicação;
- Informação escrita;
- Contacto telefónico;
- Tempo de recuperação e contactos posteriores.

Metodologia de Projeto

Este projeto foi realizado durante 6 meses com vários contributos para a melhoria dos cuidados de Enfermagem. Para a realização desta avaliação da satisfação das pessoas foi necessário realizar vários passos bem planeados numa fase anterior à execução.

Primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica alargada – revisão científica, procurando responder a uma questão de investigação previamente colocada. Quais os aspetos que as pessoas destacam na satisfação em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório? As bases de dados utilizadas foram a B-on, a E EBSCOhost web e a Pubmed.

Posteriormente foi procurado a existência de um instrumento de avaliação sobre a satisfação das pessoas em relação à informação. Após esta procura e com o contacto do autor (Enfermeira Helena R.) de um

instrumento de avaliação, foi solicitado a autorização para utilização do mesmo instrumento. Após a autorização fornecida pelo autor, houve necessidade de adaptar o questionário à realidade do serviço, passando por vários protótipos.

Com a presença do protótipo final foi enviado pedido de autorização à administração do hospital para executar os questionários às pessoas através de um telefonema 24 horas após o dia da cirurgia.

Com a entrega da autorização hospitalar foi iniciado durante o mês de dezembro de 2013 e janeiro de 2014 a implementação do questionário de avaliação. A todas as pessoas foi pedido o consentimento livre e esclarecido no dia da cirurgia e posteriormente no dia do contacto telefónico sem qualquer prejuízo em caso de não consentimento.

Os critérios de inclusão para a amostra a ser estudada foram:

- Pessoas mais de 18 anos;
- Pessoas sem limitações psicológicas que dependessem de terceiros;
- Pessoas que soubessem falar em português.

Com estes critérios e usando uma amostra por conveniência o número de pessoas em estudo foram de 75 pessoas, sendo esta a nossa amostra.

Por fim, o tratamento dos dados foi realizado com auxílio do programa SPSS.

Após o tratamento dos dados, estes foram analisados e refletidos procurando alcançar estratégias e conclusões para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Resultados

Caracterização demográfica

Os resultados são referentes a uma amostra constituída por 75 pessoas, maioritariamente feminina (69% mulheres) com idade média de 52 anos. (com um desvio padrão de 15,1). Nesta amostra a maioria das pessoas, 66,7%, são casadas/união de facto, sendo o segundo maior grupo o dos solteiros com 19%. A nível profissional 40% das pessoas estão empregadas, 32% são reformadas e 17,3% desempregadas. Deste grupo mais de metade, 52%, tem apenas o 4º ano de escolaridade e 32% tem o ensino básico e secundário.

Quase a totalidade das pessoas, 99%, receberam analgesia para o pós-operatório. Apenas uma pessoa que foi apenas realizada infiltração de com fatores de crescimento não recebeu nenhum *kit* de analgesia. Estes *kits* são fornecidos e selecionados pelos enfermeiros em ligação com os anestesistas. Existem 3 kits (A1, A2 e A3). A1 (Ibuprofeno 400mg de 8/8h), A2 (Ibuprofeno 400mg de 8/8h + Metamizol 575mg de 8/8h) e A3 (Ibuprofeno 400mg

de 8/8h + Metamizol 575mg de 8/8h + Paracetamol 1gr em SOS). Estes por sua vez e após a apresentação dos resultados do presente questionário, foram alterados criando novos *kits* com mais medicamentos analgésicos.

Em relação aos acompanhantes presentes a sua grande maioria, 53%, foram maridos/esposas, seguidos de filhos/filhas com 17% e amigos, 15%.

Questionário/Inferências

A maioria das pessoas, 95% (71 pessoas), refere que os enfermeiros explicaram o que deviam fazer em caso de complicações, tendo sido apenas 4 pessoas a referirem que não se lembram. Desta amostra 79% das pessoas referiram estar muito satisfeitas e 21% estarem satisfeitas, não sendo assinaladas as opções “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “nem insatisfeito nem satisfeito”. A grande maioria das questões apresenta resultados muito positivos com pessoas muito satisfeitas.

Em relação aos cuidados ao penso 100% da amostra refere ter recebido informação e apenas duas pessoas apresentaram dúvidas no momento do questionário. Das 75 pessoas, 4 referiram apresentar o penso repassado. Estes dados foram cruzados com o tipo de cirurgia, realizando o teste do Qui-Quadrado, não havendo inferência estatística significativa.

Após estas questões é avaliada a satisfação da pessoa em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados ao penso. Estes resultados são apresentados no gráfico seguinte (Gráfico I):

Como classifica a sua satisfação em relação à informação dada pelos Enfermeiros em relação aos cuidados a ter com o penso?



Gráfico I – Satisfação: Informação cuidados ao penso.

Apesar do questionário ter o objetivo central de avaliar a satisfação da pessoa, este avalia outros aspetos que influenciam a satisfação. Nesta amostra 57 pessoas, 76%, referiram não apresentar dor (dor 0, segundo a escala numérica), 8 pessoas referiram dor entre 1 e 3 e 10 pessoas dor igual ou superior a 4. Realizando inferência entre estes dados e o tipo de cirurgia é possível, com base no teste do Qui-Quadrado referir que existe inferência estatística significativa. Desses dados conclui-se que em geral as cirurgias ao pé doem mais, dando fulcral importância à cirurgia Bunionectomia em que em média as pessoas referiram dor nível 6. Em relação a dúvidas sobre a medicação analgésica apenas uma pessoa referiu

algo. Em semelhança aos dados referidos sobre a satisfação com o ensino do que fazer em caso de complicações, os resultados foram bastante positivos, 85% de pessoas muito satisfeitas e 15% satisfeitas.

Avaliando a ocorrência de náuseas e vômitos no domicílio, esta amostra teve 4 pessoas que referiram náuseas sem vômitos, tendo as restantes 71 pessoas estado bem-dispostas até ao momento do contacto. Por forma a tentar perceber se existia relação entre estes dados e o tipo de cirurgia foi realizando novo teste do Qui-Quadrado, obtendo-se valores que revelam não haver relação estatística significativa. Neste ponto seria interessante fazer a inferência com o tipo de anestésias contudo esta informação não estava compreendida no questionário, podendo apenas fazer-se relação com o conhecimento profissional sem valores estatísticos.

Posteriormente na avaliação da satisfação sobre a informação dos cuidados a ter em casa e sobre a atividade física permitida/proibida os resultados são semelhantes entre si com mais de 80% das pessoas muito satisfeitas, 13% satisfeitos e 1,3% nem satisfeitos nem insatisfeitos. Em relação à satisfação com os ensinamentos sobre a alimentação 70% (53 pessoas) da amostra está muito satisfeita, 24% estão

satisfeitas, 4% nem satisfeitas nem insatisfeitas e 1,3% insatisfeitas.

Em relação aos enfermeiros a totalidade da amostra menciona que explicam a informação de forma compreensível, preocupam-se em repetir e informação e entregam sempre informação escrita para levar para casa. Contudo em relação à preocupação por envolver o acompanhante os resultados são diferentes, 92% da amostra relata que existe preocupação, 2,7% das pessoas refere que não e 5,3% (4 pessoas) não sabem/ não se lembram.

Sobre a questão se a informação escrita ajudou a lembrar-se dos cuidados a ter em casa, os resultados variam entre as pessoas e os acompanhantes. Antes de apresentar os resultados é de sublinhar que a resposta negativa esteve sempre relacionada com a não leitura do documento. Na amostra 15 das pessoas, 20% responderam negativamente, em relação aos acompanhantes 29% responderam também negativamente. Com estes resultados foi realizada inferência estatística entre a não leitura do documento e o sexo, a idade e o grau de escolaridade, não havendo nenhuma inferência estatística significativa.

Nesta amostra e até ao contacto telefónico nenhuma pessoa necessitou de recorrer ao serviço de urgência ou ao centro de saúde.

A totalidade das pessoas referiu que aconselharia esta modalidade a um familiar ou amigo/conhecido seu.

Em relação à satisfação geral os resultados foram igualmente positivos, como apresenta o gráfico seguinte (Gráfico II).

De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado?

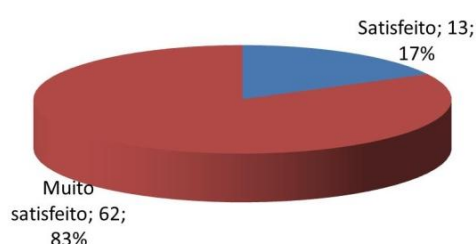


Gráfico II – Satisfação Geral

Com estes resultados e aplicando o teste do Qui-quadrado entre os resultados da satisfação e o sexo, a idade, o estado civil, a profissão e o grau de escolaridade, só existe inferência estatística significativa com o estado civil. As pessoas solteiras (100%) e casadas (85%) são as que responderam mais “muito satisfeitas” e os divorciados os que respondem menos com 50% de respostas no ponto “muito satisfeito”

Desta amostra estudada, 10 pessoas apresentaram sugestões para a melhoria da cirurgia de ambulatório. Embora a questão tenha sido realizada no sentido de sugestões para a informação, estas foram além desse tema. As sugestões foram:

- Em relação ao tempo de espera;
- Em relação ao espaço físico;
- Em relação ao médico-cirurgião;
- Em relação fornecimento de informação.

Reflexão

. Esta caracterização não pode ser dilatada para a população geral, dado ter sido apenas avaliado uma amostra de 75 pessoas referentes a 2 meses (Dezembro e Janeiro) de funcionamento da UCA.

A informação referente à avaliação da satisfação assim como aos restantes dados estão diretamente relacionados com a cultura das pessoas em que a UCA está inserida. Este questionário realizado num outro local do país poderia obter valores completamente diferentes, só considerando a cultura.

Não colocando de fora a possibilidade e um bom trabalho, é necessário considerar outros aspetos abordados por vários autores. BAROUDI¹¹ et al., (2010) no seu artigo refere que existem estudos que tentam justificar as altas taxas de satisfação com o sub-registro da insatisfação, a falta de vontade da pessoa em criticar o seu cuidador, o efeito halo nas respostas e o viés aquiescência. O efeito halo define-se pela tendência da pessoa

expandir a avaliação de uma característica particular, englobando outras características como a por exemplo a receção dos Enfermeiros e a personalização dos cuidados como referido por MARQUES (2011) sendo aspetos que influenciam o nível de satisfação. O viés aquiescência deve-se ao facto das pessoas terem uma tendência em concordar com as perguntas ou a indicar uma conotação positiva. Apesar da tentativa de construção de questões neutras existe sempre este viés por parte das pessoas podendo aumentar as respostas positivas.

No entanto existem outros fatores importantes que aumentam a satisfação da pessoa, e que estão relacionados com boas práticas de Enfermagem. A presença física e emocional da equipa de enfermagem foram pontos de influência na evolução da satisfação da pessoa durante a experiência perioperatória.⁸ As pessoas avaliam as experiências de saúde com base nas suas relações interpessoais e com a interação com a equipa de saúde, sublinhando a capacidade de resposta e ajuda por parte da equipa, a cortesia e a competência de comunicação.⁹

Para uma informação adequada e completa foi realçado a necessidade de haver uma grande interligação com o médico em todo o processo de

fornecimento de informação, conseguindo desta forma informar a pessoas com mais detalhe.

Outro fator que influencia o nível de satisfação foi a entrega de informação escrita e um contacto telefónico. A informação escrita é essencial para a recuperação da pessoa no domicílio, sendo esta premissa reconhecida por vários autores, associando o contacto telefónico a essa informação escrita fornecida.^{3,5,7}

As pessoas podem não se sentir qualificadas para poder responder a alguma questão, devido a considerarem que não são aptas a isso. Porém, existem outras pessoas mais proactivas, que irão procurar mais sobre a sua situação podendo dar mais sugestões sobre o que esperam dos cuidados de saúde.¹⁰

Apesar das respostas bastante positivas é necessário tentar compreender a razão de algumas respostas menos positivas, mesmo sendo essas uma minoria. Segundo FRACZYK¹⁰ et al., (2010), coloca-se a questão do esquecimento devido à medicação utilizada na cirurgia de ambulatório. Contudo esses pontos menos positivos foram trabalhados, procurando estratégias e sensibilizando a equipa para a melhoria contínua dos cuidados.

Este projeto trouxe vários ganhos à prática na cirurgia de ambulatório. A equipa neste momento apresenta-se mais sensibilizada para os vários ensinamentos e está mais desperta para o fornecimento de informações em relação a todos os cuidados pós-operatórios. É de sublinhar o grande aperfeiçoamento dos ensinamentos sem esquecer aspetos como a alimentação no pós-operatório e os cuidados relativos ao regresso à condução automóvel (aspeto este que foi realçado por várias pessoas, mesmo não sendo parte do questionário). Além deste contributo do trabalho é de destacar a importância que teve na reformulação do protocolo de analgesia, que foi modificado com base nos dados do questionário. Em relação à informação escrita, já referida, esta irá sofrer atualizações com apoio nas sugestões/comentários das pessoas e dos colegas da UCA. Desta forma este projeto é visto como tendo sido um excelente instrumento para a melhoria da informação e dos cuidados na cirurgia de ambulatório.

Este contínuo desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na UCA vai ao encontro da satisfação das pessoas e com isso de voltarem a este serviço em caso de necessidade. FARBER (2010) apresenta que existe correlação positiva entre a satisfação geral e a intenção de voltar ao serviço

em caso de necessidade assim como de recomendar a amigos ou conhecidos.

Conclusão

A equipa deve prestar cuidados nas várias valências da cirurgia de ambulatório, trabalhando várias competências procurando a obtenção de cuidados excelentes. Deve igualmente trabalhar não se prendendo às limitações tecnológicas e económicas. Atualmente existe evidência que oferece dados que nos trazem recomendações, inovação e coesão.¹²

Como limitação deste projeto é de realçar a amostra ter incluído apenas uma clínica de especialização, ou seja, apenas pessoas operadas ao foro ortotraumatológico.

Como sugestão para outros trabalhos deste género colocamos a hipótese de implementar este questionário de forma diferente. Seria interessante de forma aleatória realizar o questionário a metade das pessoas e a outra metade responder em casa, após entrega do questionário. Assim seria possível comparar os resultados de questionários iguais respondidos em formatos diferentes. Este análise iria comprovar ou não a informação retirada do artigo de HALL¹³ (1995) que expõe que as pessoas criticam mais de forma escrita do que oral.

Com estes dados foram possíveis retirar alguns aspetos a melhorar nos cuidados de Enfermagem, procurando contribuir para um serviço de alta qualidade. É de realçar o impacto deste projeto nos cuidados na UCA e no aumento do espírito crítico da equipa, que ao longo do tempo foi olhando para si próprio na procura de melhorar os seus cuidados.

Referências Bibliográficas

Referências Eletrónicas

- 1- NUNES, Lucília – *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Estefanilha Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Julho. 2013. [Consultado 27 Set. 2013] Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- 2- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. 2012. [Consultado 13 Jan. 2014] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/REPE_VF.pdf
- 3- MARQUES, Ana Rita Oliveira – *Cuidados de Enfermagem Pré e Pós – Operatórios em Cirurgia Ambulatória: Percepção dos Doentes*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Novembro. 2011. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4166>
- 4- COSLOW, Barbara I. Franzen; EDDY, Mary E. – *Effects of Preoperative Ambulatory*

- Gynecological Education: Clinical Outcomes and Patient Satisfaction*. Journal of PeriAnesthesia Nursing. [Em linha]. Volume 13. Número 1. (1998). p. 4-10. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1089-9472\(98\)80074-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1089-9472(98)80074-9)
- 5- SANTOS, Mariana Rodrigues Machado dos; SOUSA, Cristina Silva, TURRINI, Ruth Natalia Teresa - *Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Em linha] Volume 46. p. 78-85. (2012). ISSN 0080-6234. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/12.pdf>
- 6- LEMOS, Paulo [et al.] - *Patient Satisfaction following day surgery*. Journal of Clinical Anesthesia. [Em linha]. Volume 21. (2008). p. 200-205. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0952818009000804>
- 7- ZANCHETTA, Claudia; BERNSTEIN, Mark - *The nursing role in patient education regarding outpatient neurosurgical procedures*. Canadian Association of Neuroscience Nurses. AXON/ L'AXONE. [Em linha]. Volume 25. Numero 4. (2004). p. 18-21. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004201391&site=ehost-live&scope=site>
- 8- RHODES, Lenore; MILES, Gail; PEARSON, Alan - *Paciente subjective experience and satisfaction during the Perioperative period in the day surgery setting: A systematic review*. Internacional Journal of Nursing Practice. [Em linha]. Volume 12. (2005). p. 178-192. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x/pdf>
- 9- FARBER, Janice - *Measuring and Improving Ambulatory Surgery Patients' Satisfaction*. Aorn Journal. [Em linha]. Volume 92. Número 3. (2010). Pp. 313-321. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010793057&site=ehost-live&scope=site>
- 10- FRACZYK, Linda; GODFREY, Helen - *Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment service experienced by patients undergoing general anaesthesia in a day surgery setting*. Journal of Clinical Nursing. [Em linha] Volume 19. (2010). p. 2849-2859. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03277.x/pdf>
- 11- BAROUDI, Dina N.; NOFAL, Walid H.; AHMAD, Nauman A. - *Patient satisfaction in anesthesia: A modified Iowa Satisfaction in Anesthesia Scale*. Anesthesia Essays and Researches. [Em linha]. Arabia Saudita. Volume 4. Número 2. (2010) p. 85-90. [Consultado 25 Nov. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=60202917&site=ehost-live&scope=site>
- 12- GILMARTIN J.; WRIGHT K. - *The nurse's role in day surgery: a literature review*. Reino Unido. 2ª Edição. International Nursing Review. School of Healthcare Studies. Volume 54. 2007. p. 183-190. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x/pdf>
- 13- HALL, Melvin F. - *Patient satisfaction or acquiescence? Comparing mail and telephone survey results*. Journal Of Health Care Marketing. [Em linha]. Volume 15. Número 1. (1995). p. 54-61. [Consultado 18 Fev. 2014]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10142388&site=ehost-live&scope=site>

Apêndice II

Apêndice II - Diagnóstico de Situação do Projeto

Estudante: André Alexandre Amaro Couto
Instituição: Hospital
Serviço: Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Título do Projeto: A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.
<p>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha</p> <p>O Projeto que nos propomos desenvolver durante este semestre intitula-se: A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.</p> <p>A cirurgia de ambulatório traduz-se num modelo organizado centrado na pessoa com objetivo de incremento da qualidade, com alta personalização, apresentando um grande sucesso desde a sua criação. Hoje a cirurgia em regime de ambulatório é nos países desenvolvidos a área de maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos (CORREIA, 2010; AESOP, 2006).</p> <p>A prática de enfermagem, em contexto de cirurgia ambulatoria, constitui uma abordagem individualizada, onde o planeamento dos cuidados respeita integralmente as componentes físicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada doente. É neste sentido que surge o presente estudo sobre a “Avaliação da Satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de Ambulatório”, numa procura para analisar, diagnosticar, e recomendar as intervenções/informação que contribuam para elevar a qualidade da satisfação das pessoas (CORREIA, 2010; FARBER, 2010).</p> <p>Por forma a refletirmos sobre o ambiente, analisando estratégias, riscos e problemas do projeto, recorremos a um método de análise de gestão, a Análise SWOT (<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>).</p> <p>Com a realização deste Projeto propomo-nos a contribuir para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados de enfermagem, nomeadamente em relação à informação fornecida à pessoa/cuidador informal.</p>
Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema</p> <p>Perante a questão de ser ou não necessário atualização dos folhetos informativos, assim como da informação fornecida à pessoa foi levantada a questão de qual a satisfação da pessoa/cuidador informal sobre a informação que lhe é fornecida na cirurgia de ambulatório, ou seja, estará a pessoa/cuidador informal satisfeito com a informação fornecida pelos enfermeiros na cirurgia de ambulatório?</p>

Análise do problema

Como estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, foi-me colocado como objetivo a realização de um Projeto no âmbito da Unidade Curricular de Projeto/Estágio em ligação com a Unidade Curricular Investigação II que decorre no 3º Semestre do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Este projeto foi realizado sob a orientação científica do Professor António Freitas e sob a orientação do estágio da Enfermeira Paula Pinto.

Numa primeira fase elaborámos uma entrevista semi-dirigida à Enfermeira Coordenadora. Esta deu a liberdade para escolher a temática, tendo sido apenas referido a questão da atualização dos folhetos com a informação para a alta das pessoas operadas em cirurgia de ambulatório. Posteriormente em discussão/reunião foi levantado a temática da avaliação da pessoa/cuidador informal em relação à informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório. Esta temática vem ao encontro de perceber a satisfação das pessoas, e dessa forma perceber a importância da atualização da informação fornecida, assim como qual a informação que consideram mais importante. Na mesma reunião foi destacado a importância do tema dado não haver resultados de *feedback* sobre a satisfação das pessoas/cuidador informal. Como já referido anteriormente e por forma a analisar o contexto (cirurgia de ambulatório) na procura de pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças recorremos ao método de análise SWOT, que está apresentada no final deste documento.

Segundo o Plano de Ação de 2012 o Hospital é acreditado pelo CHKS desde 2006 e posicionou-se em 2010 e 2011 em lugar de excelência no Registo Nacional de Indicadores de Qualidade em Ortopedia (SINAS). Para isto, aposta-se na qualidade, utilizando as técnicas mais avançadas, pretendendo estar ao nível dos melhores índices internacionais, através da monitorização de indicadores de qualidade, da realização de auditorias e implementação de novos procedimentos.

A Unidade de Cirurgia do Ambulatório (UCA) funciona com 1 sala operatória, tendo uma equipa constituída por cinco Enfermeiros, um Anestesiista, dois Assistentes Operacionais e uma assistente Técnica. Em relação aos Enfermeiros, existe preferência por elementos fixos, contudo existem elementos que prestam cuidados no bloco central e no ambulatório.

A informação eficaz melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia. Esta informação deve ser fornecida de forma formal e organizada, procurando sempre a personalização da mesma. A informação deve conter comportamentos que ajudem a pessoa a voltar ao estado normal mais rapidamente

possível, como informação sobre a dor pós-operatória, cuidados com o penso, medicação, higiene, etc. As pessoas próximo da alta consideram muito importante a informação que as ajude a melhorar e a saber reconhecer quando existem complicações, sendo importante existir uma linha telefónica de apoio. A satisfação da pessoa/cuidador informal está diretamente relacionada com o que esperavam encontrar e o que esperavam que lhes dissessem sobre a sua situação atual e futura. (LE MOS, et al. 2006)

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral

Inexistência de feedback sobre a satisfação em relação à informação fornecida;
Inexistência de Instrumento que avalie a satisfação;
Inexistência de resultados concretos sobre os níveis de satisfação das pessoas.

Determinação de prioridades

1. Fazer revisão científica da literatura sobre a Enfermagem Perioperatória e a cirurgia do ambulatório;
2. Fazer revisão científica da literatura sobre os cuidados de enfermagem no âmbito da enfermagem perioperatória na dimensão da cirurgia do ambulatório;
3. Fazer revisão científica da literatura da informação na cirurgia de ambulatório;
4. Identificar no Hospital a existência de um instrumento que avalie a satisfação das pessoas em relação à informação fornecida;
5. Obter autorização do autor para futura utilização;
6. Confrontar o instrumento já existente com a realidade da UCA do Hospital;
7. Adaptar o instrumento de avaliação à realidade do serviço;
8. Pedir autorização à administração hospitalar para implementação do instrumento já referido;
9. Implementar o Instrumento de avaliação;
10. Realizar plenário em grupo com os Enfermeiros sobre dificuldades/facilidades apresentadas nos ensinamentos a realizar às pessoas/cuidador informal;
11. Apresentar os resultados;
12. Realizar reflexão e análise sobre os resultados;
13. Apresentar os resultados finais à equipa perioperatória.

Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema)**OBJECTIVO GERAL**

- Contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Aprofundar os conhecimentos na área da cirurgia do ambulatório e dos ensinios;
- Avaliar a satisfação das pessoas em relação à informação que é fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório;
- Identificar as dificuldades/facilidades referidas pelos enfermeiros no momento dos ensinios;
- Discutir com a equipa perioperatória os resultados finais.

Referências Bibliográficas

- AESOP – *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures. Lusodidacta. 2006. ISBN: 972-8930-16-X.
- LEMOS, Paulo; JARRETT, Paulo; PHILIP, Beverly - *Day Surgery: Development and Practice*. International Association for Ambulatory Surgery. Porto. Abril. 2006. ISBN: 989-20-0234-2.
- CORREIA, Rui - *Inquérito de Avaliação de Qualidade e Satisfação do utente do Serviço de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de Santo António*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto. 2009/2010. Mestrado Integrado em Medicina. [Consultado 21 Nov. 2013]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53367/2/Tese%20Rui%20Correia.pdf>
- FARBER, Janice – *Measuring and Improving Ambulatory Surgery Patients' Satisfaction*. Aorn Journal. [Em linha]. Volume 92. Número 3. (2010). Pp. 313-321. [Consultado 13 Dez. 2013]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010793057&site=ehost-live&scope=site>

Apêndice III

Apêndice III – Análise SWOT

		Análise Interna	
		Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
		<ul style="list-style-type: none"> • Dotação de Enfermeiros adequada; • Equipa de Enfermagem (jovens e seniores); • Chefia acessível; • Bom ambiente multidisciplinar; • Equipa de Consulta Pré anestésico-cirúrgica, UCPA e Ambulatório é a mesma. • Acreditação CHKS; • Boa imagem da instituição; 	<ul style="list-style-type: none"> • Circuitos Pessoa/Dispositivos médicos cruzados; • Dimensão física reduzida; • Impossibilidade do cuidador informal estar na UCPA com a pessoa.
Análise Externa	Oportunidades (O)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de normas de qualidade; • Criação de documentos de qualidade baseados em dados recolhidos. • Formação multidisciplinar em serviço; • Aposta na investigação na área da cirurgia de ambulatório. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação dos circuitos; • Realização de ensinos à pessoa/cuidador informal no mesmo momento ou em separado: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensinos para pré e intra-operatório realizados em consulta de enfermagem (dias ou meses antes da cirurgia). ○ Ensinos para o pós-operatório realizados momentos antes da alta.
	Ameaças (T)	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização da equipa para a racionalização dos recursos; • Promoção da rotatividade nas diferentes funções; • Formação contínua; 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização da equipa para a importância dos cuidados/ensinos. • Racionalização dos recursos;

Apêndice IV

Apêndice IV - Planejamento do Projeto

Estudante: André Couto		Orientador: António Freitas; Paula Pinto	
Instituição: Hospital		Serviço: Cirurgia de Ambulatório	
Título do Projeto: A informação fornecida pelos enfermeiros para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório			
Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema)			
<p><u>OBJECTIVO GERAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório. <p><u>OBJECTIVOS Específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar os conhecimentos na área da cirurgia do ambulatório e dos ensinos; • Avaliar a satisfação das pessoas em relação à informação que é fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório; • Identificar as dificuldades/facilidades referidas pelos enfermeiros no momento dos ensinos; • Discutir com a equipa perioperatória os resultados finais. 			
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção:			
<p>Durante o Projeto que me proponho desenvolver vou articular a minha intervenção com a Enfermeira Orientadora Paula Pinto, com o Enfermeiro Professor Orientador António Freitas e com os restantes membros da Equipa de Enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório assim como com outros profissionais do serviço.</p>			
Objetivos	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores

Específicos	a desenvolver	Humanos	Materiais	Tempo	de Avaliação
Aprofundar os conhecimentos na área da cirurgia do ambulatório e dos ensinos;	<ul style="list-style-type: none"> Realizar pesquisa bibliográfica envolvendo a Enfermagem Perioperatória, a Cirurgia do Ambulatório e os Ensinos/informação; Realizar revisão científica utilizando uma pergunta de investigação. 	Enfermeiros do serviço (UCA), orientador no serviço e docente orientador (transversal a todos os objetivos específicos)	Computador, livros, papel e caneta	8 semanas	Apresentação do enquadramento teórico e revisão científica no relatório.

<p>Avaliar a satisfação das pessoas em relação à informação que é fornecida para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar no hospital por identificadores de avaliação da satisfação (instrumento de avaliação); • Conversar com Coordenadora sobre possíveis instrumentos; • Contactar com vários enfermeiros do hospital; • Realizar pedido de autorização à autora de um instrumento de avaliação da satisfação; • Realizar pedido de envio do instrumento de avaliação. • Construção (adaptar) de um primeiro protótipo do instrumento de avaliação; • Distribuição do Protótipo I pela equipa para recolha de sugestões; • Construção de um segundo protótipo do instrumento de avaliação; • Rever e discutir em grupo o Protótipo II, recolhendo sugestões; • Construção do Protótipo III do instrumento de avaliação • Realizar alguns questionários prévios antes da implementação para análise; 	<p>Enfermeiros do serviço (UCA), Enfermeira Coordenadora.</p> <p>Enfermeiros do Centro Hospitalar.</p> <p>Enfermeiras do serviço de formação.</p> <p>Pessoas operadas em cirurgia de ambulatório.</p>	<p>Computador, Telemóvel, papel e caneta.</p>	<p>19 semanas</p>	<p>Apresentação em anexo do <i>Email</i> com a autorização da Enf. autora.</p> <p>Instrumento de avaliação da Enfermeira autora em anexo no relatório.</p> <p>Apresentação do instrumento de avaliação final em apêndice do relatório. Autorização</p>
--	---	---	---	-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do Protótipo IV do instrumento de avaliação (Protótipo final); • Contactar o serviço de formação do hospital para conhecimento dos documentos necessários para autorização do instrumento de avaliação; • Construir os documentos necessários para pedido de autorização; • Enviar documentos necessários para o serviço de formação para futura autorização; • Receber autorização hospitalar para implementação do instrumento; • Explicar o objetivo do projeto às pessoas; • Pedir o consentimento informado às pessoas submetidas a cirurgia na UCA; • Realizar a primeira parte do instrumento de avaliação; • Realizar um telefonema após 24h para implementação da 2ª parte do instrumento de avaliação. • Recolher todos os instrumentos de avaliação da 				<p>hospitalar obtida.</p> <p>Apresentação dos resultados do instrumento no corpo do relatório.</p> <p>Apresentação no relatório da análise, discussão e conclusão dos dados.</p>
--	---	--	--	--	--

	<p>satisfação já realizados;</p> <ul style="list-style-type: none">• Trabalhar os dados em SPSS;• Apresentar os resultados já trabalhados em SPSS;• Discutir/Refletir os resultados finais;• Identificar quais os aspetos a melhorar nos ensinos;				
--	--	--	--	--	--

Identificar as dificuldades referidas pelos enfermeiros no momento dos ensinos.	<ul style="list-style-type: none"> • Marcar com equipa de enfermagem da UCA uma sessão plenária; • Realizar plano da sessão plenária; • Realizar documento com tópicos para a sessão plenária; • Realizar sessão plenária; • Apresentar os assuntos mais importantes discutidos; • Reflexão/Conclusão sobre os assuntos abordados; 	Enfermeiros do serviço (UCA)	Computador, papel e caneta	1 dia	<p>Apresentação do plano de sessão e dos tópicos em apêndice.</p> <p>Apresentação no relatório da reflexão e discussão dos assuntos mais importantes.</p>
---	--	------------------------------	----------------------------	-------	---

Discutir com a equipa perioperatória os resultados finais.	<ul style="list-style-type: none">▪ Marcar com a Enfermeira Coordenadora um momento para a apresentação e discussão dos resultados;▪ Realizar a apresentação e discussão dos resultados em PowerPoint junto da equipa perioperatória.	Enfermeira Coordenadora e restante equipa perioperatória	Computador, Sala, cadeiras, Data-show.	1 dia	Apresentação do PowerPoint com os resultados finais em apêndice
--	--	--	--	-------	---

Cronograma:

Semana	Outubro-13				Novembro-13				Dezembro-13				Janeiro-14				Fevereiro-14				Março-14				Abril-14	
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª
Revisão Científica																										
Procura/Aquisição/ Autorização do instrumento de avaliação																										
Adaptação do Instrumento ao serviço																										
Autorização Hospitalar																										
Implementar o instrumento																										
Sessão plenária com a equipa de Enfermagem																										
Analisar/Refletir/Discutir os resultados																										
Apresentar/Discutir os resultados com a equipa																										
Redação do relatório final																										
Entrega do Relatório final																										

Orçamento:Recursos Humanos:

- Não

Recursos Materiais:

Item	Previsão de Gastos
Fotocópias	60€
Deslocações à ESS	25€
Contactos telefónicos	100€
Alimentação	50€
Total	235 €

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

- Demora do feedback.
- Demora de resposta por parte da administração hospitalar para autorização do instrumento de avaliação.
- Não autorização de consentimento por parte das pessoas operadas, reduzindo o numero da amostra.
- Défice de bibliografia.

A forma de ultrapassar a demora do feedback ou da resposta hospitalar será realizar outros aspetos do trabalho não ficando parado na realização do mesmo, conseguindo aproveitar o tempo de espera. Em caso de muitos “não consentimento”, será aumento o tempo de implementação do questionário. Em relação ao possível défice de bibliografia, será aumentada e diversificada as palavras-chave necessárias para a pesquisa científica.

Apêndice V

Apêndice V - Questionário de Avaliação da satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

Questionário de Avaliação da satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA (a preencher no dia da intervenção cirúrgica)

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Idade (anos): _____

Estado Civil: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐
Outro (especifique) _____

Profissão: Estudante ☐ Desempregado/a ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐
Reformado/a ☐ Outro (especifique) _____

Grau de Escolaridade: Nenhum ☐ Ensino Básico – 1º Ciclo ☐
Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo ☐ Ensino Superior ☐
Outro (especifique) _____

Local de Residência: _____

Centro de Saúde: _____

REGISTOS CLÍNICOS (a preencher no dia da intervenção cirúrgica)

Intervenção Cirúrgica a que foi Submetido: _____

Foi fornecido Antibioterapia segundo protocolo? Sim ☐ Não ☐

Foi fornecido Analgesia segundo protocolo? Sim ☐ Não ☐ Se sim qual? _____

Existe Prescrição de Penso? Sim ☐ Não ☐ Se sim quais são: _____

INFORMAÇÃO SOBRE ACOMPANHANTE (a preencher pelo enfermeiro no dia da intervenção cirúrgica)

Quem o acompanhou durante a sua vinda à UCA: Pai/Mãe ☐ Filho/a ☐ Marido/Esposa ☐
Amigo/a ☐ Outro (especifique) _____

Questionário de Avaliação da satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

INQUÉRITO 24h (a preencher 24 horas após a cirurgia)

Os Enfermeiros explicaram-lhe o que fazer em caso de surgirem complicações?

Sim ☐ Não ☐ Não me lembro ☐

Numa Escala de 1 a 5 em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito como avalia a satisfação em relação à informação fornecida? (acerca das possíveis complicações o que fazer)

Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Os Enfermeiros explicaram-lhe os cuidados a ter em relação ao penso?

Sim ☐ Não ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

Neste momento o penso encontra-se:

Repasado Não ☐ Sim ☐

Molhado Não ☐ Sim ☐

Descolado Não ☐ Sim ☐

Como classifica a sua satisfação numa escala de 1 a 5 em relação à informação dada pelos Enfermeiros em relação aos cuidados a ter com o penso? (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito)

Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Tem dores? (Numa escala de 0 a 10 em que o 0 é totalmente sem dor e 10 é a dor máxima)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Os Enfermeiros explicaram-lhe como tomar a medicação para as dores?

Sim ☐ Não ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

Qual a sua satisfação relativamente à informação que os enfermeiros lhe deram sobre como tomar a medicação para as dores (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito)

Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Desde que se encontra em casa, tem estado bem-disposto? (sem náuseas e/ou vômitos)

Sim ☐ Não ☐

Se não esteve bem-disposto após a alta, teve:

Náuseas ☐ Náuseas com vômito isolado ☐ Vômito frequente ☐

Em relação à informação sobre os cuidados a ter após a alta, numa escala de 1 a 5, como a classifica a sua satisfação? (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito)

Antibioterapia Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Alimentação Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Cuidados Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Atividade física Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Questionário de Avaliação da satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

Achou que os Enfermeiros:

Preocuparam-se em envolver o seu acompanhante explicando a situação e como poderiam ajudar?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Não sabe/Não se lembra <input type="radio"/>
Explicaram-lhe as coisas de forma compreensível, com linguagem de modo a que pudesse perceber?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Não sabe/Não se lembra <input type="radio"/>
Preocuparam-se em saber se compreendeu bem o que lhe foi explicado e sempre que necessário repetiam a informação?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Não sabe/Não se lembra <input type="radio"/>
Deram-lhe algumas informações escritas para complementar o que lhe disseram?	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	Não sabe/Não se lembra <input type="radio"/>

Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?

Sim ☐ Não ☐ Se não porquê? _____

Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?

Sim ☐ Não ☐ Se não porquê? _____

Depois de ter alta foi necessário recorrer ao serviço de urgência, ou a outro serviço?

Não ☐ Sim ☐ Qual? _____

Se sim, porquê? _____

De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado? (em que 1 significa muito insatisfeito e o 5 muito satisfeito)

Muito insatisfeito - (1) Insatisfeito - (2) Nem satisfeito nem insatisfeito - (3) Satisfeito - (4) Muito satisfeito - (5)

Se resposta insatisfatória indique porque? _____

Tem alguma sugestão? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

Aconselharia esta modalidade a um familiar/conhecido seu? Sim ☐ Não ☐

Apêndice VI

Apêndice VI - Plano de Sessão Plenária + Tópicos

1- IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

Tema: A informação para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório

Destinatários: Equipa de Enfermagem da Cirurgia de Ambulatório

Duração da sessão: 40 Minutos

Data de realização: 5 de Fevereiro de 2014

Local de Realização: Serviço de Cirurgia de Ambulatório

Moderador: André Couto

2- OBJECTIVO GERAL

Identificar/discutir aspetos importantes sentidos pelos Enfermeiros no fornecimento para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório.

3- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar inadequação de informação fornecida;
- Identificar as dificuldades/facilidades sentidas pelos Enfermeiros;
- Identificar estratégias para as dificuldades sentidas;

4- RECURSOS: **Materiais:**

- Sala
- Papel
- Caneta
- Cadeiras

 Humanos:

- Orientadora
- Equipa de Enfermagem

4- ATIVIDADES:

- Apresentação do tema em plenário e os seus objetivos (2min)
- Tempo de discussão sobre informação fornecida oralmente e escrita às pessoas e família/cuidador informal. (10min)
- Tempo de discussão com a Equipa de Enfermagem sobre as dificuldades/facilidades sentidas pelos Enfermeiros no fornecimento de informações para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório. (10 min)
- Tempo de discussão com a Equipa de Enfermagem sobre estratégias para as dificuldades sentidas. (10 min)
- Reflexão final sobre os aspetos abordados. (8 min).

Guião Sessão Plenária

- Informação fornecida oralmente – adequação
- Folheto informativo – adequação.
- Facilidades sentidas pelos Enfermeiros no fornecimento de informações para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório
- Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no fornecimento de informações para os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório
- Estratégias de resolução das dificuldades

Apêndice VII

Apêndice VII - PowerPoint de apresentação de resultados

SATISFAÇÃO DA PESSOA/CUIDADOR: INFORMAÇÃO FORNECIDA PARA OS CUIDADOS APÓS A ALTA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde

Estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória
sob orientação da Enfermeira Paula Pinto e Prof. António Freitas

17-04-2014

André Couto

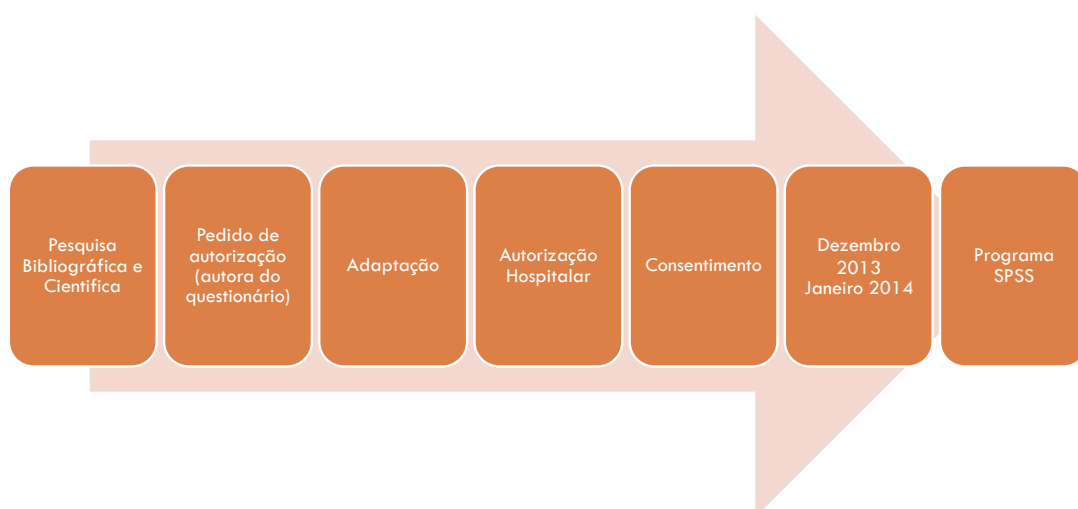
Objetivos do estudo

- Contribuir para a melhoria da informação fornecida pelos enfermeiros à pessoa/cuidador informal sobre os cuidados após a alta em cirurgia de ambulatório
 - ▣ Avaliar a satisfação das pessoas que foram intervencionadas em regime ambulatório;
 - ▣ Identificar aspetos facilitadores e dificultadores referidos pelos enfermeiros no momento dos ensinos;

Ensinos

- Informação sobre as complicações e medidas preventivas;
- Informação sobre o controlo da dor;
- Quais os cuidados ao penso/Cuidados à zona operada;
- Qual a atividade física permitida;
- Forma de tomar a medicação;
- Tempo de recuperação e contactos posteriores.

Implementação



Questionário

Formulário de Avaliação da satisfação do utente/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados pós a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA (a preencher pelo enfermeiro de acolhimento no dia da intervenção cirúrgica)

SEXO: Masculino ☐ Feminino ☐

IDADE (anos): _____

ESTADO CIVIL: Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐
Outro (especificar): _____

PROFISSÃO: Estudante ☐ Desempregada ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐
Reformada ☐ Outro (especificar): _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: Nenhum ☐ Ensino Básico – 1º Ciclo ☐
Ensino Básico – 2º e 3º Ciclos ☐ Ensino Superior ☐
Outro (especificar): _____

LOCAL DE RESIDÊNCIA: _____

CENTRO DE SAÚDE: _____

REGISTOS CLÍNICOS (a preencher pelo enfermeiro de registo logo no dia da intervenção cirúrgica, antes da alta)

DATA DA CIRURGIA? _____

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA A QUE FOI SUBMETIDO? _____

CIRURGIÃO: _____ AJUDANTE: _____

ANESTESISTA: _____ ENFERMEIRO DE ANESTESIA: _____

ENFERMEIRO CIRCULANTE: _____ ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA: _____

ENFERMEIRO DO RECBORO: _____ ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA AO DOENTE: _____

FOI FORNECIDO PROTOCOLO DE NAUSEAS E VÔMITOS? Não ☐ Sim ☐

FOI FORNECIDO PROTOCOLO DE ANALGESIA? Não ☐ Sim ☐ Se sim qual? _____

QUAL A DATA DA 1ª CONSULTA? _____

EXISTE PRESCRIÇÃO DE PENSO? Não ☐ Sim ☐ Se sim quais são? _____

INFORMAÇÃO SOBRE O ACOMPANHANTE DURANTE A ESTADIA NA UCA (a preencher pelo enfermeiro de registo logo no dia da intervenção cirúrgica, antes da alta)

QUEM O ACOMPANHOU DURANTE A SUA ESTADIA NA UCA? Pai/Mãe ☐ Filha ☐
Marido/Esposa ☐ Amigo(a) ☐ Outro (especificar): _____

QUE IDADE TEM O SEU ACOMPANHANTE (DURANTE A ESTADIA NA UCA)? _____

GRAU DE ESCOLARIDADE DO SEU ACOMPANHANTE NA UCA? Nenhum ☐
Ensino Básico – 1º Ciclo ☐ Ensino Básico – 2º e 3º Ciclos ☐ Ensino Superior ☐
Outro (especificar): _____

Assinatura (legível) do enfermeiro responsável pelo registo: _____

Nº da OE: _____ Nº Mecanográfico: _____ Data: _____

Adaptação

Questionário de Avaliação da satisfação da pessoa/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados pós a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA (a preencher no dia da intervenção cirúrgica)

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Idade (anos): _____

Estado Civil: Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐
Outro (especificar): _____

Profissão: Estudante ☐ Desempregada ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐
Reformada ☐ Outro (especificar): _____

Grau de Escolaridade: Nenhum ☐ Ensino Básico – 1º Ciclo ☐
Ensino Básico – 2º e 3º Ciclos ☐ Ensino Superior ☐
Outro (especificar): _____

Local de Residência: _____

Centro de Saúde: _____

REGISTOS CLÍNICOS (a preencher no dia da intervenção cirúrgica)

Intervenção Cirúrgica a que foi submetido: _____

Foi fornecido Antibiótico segundo protocolo? Sim ☐ Não ☐

Foi fornecido Analgesia segundo protocolo? Sim ☐ Não ☐ Se sim qual? _____

Existe Prescrição de Penso? Sim ☐ Não ☐ Se sim quais são? _____

INFORMAÇÃO SOBRE ACOMPANHANTE (a preencher pelo enfermeiro no dia da intervenção cirúrgica)

Quem o acompanhou durante a sua estadia na UCA: Pai/Mãe ☐ Filha ☐ Marido/Esposa ☐
Amigo(a) ☐ Outro (especificar): _____

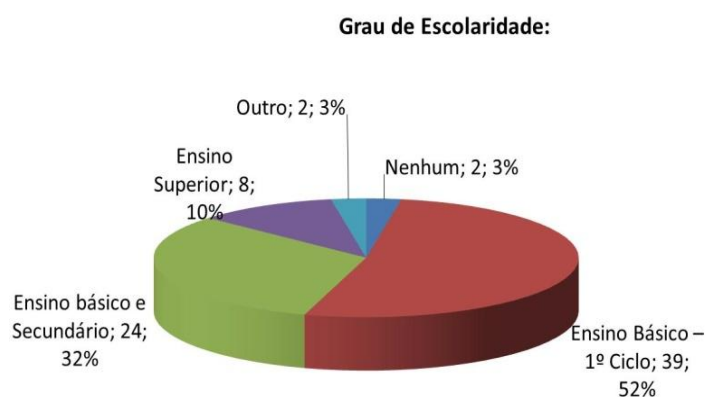
Resultados (1)

■ Estatística Descritiva (1)

- Amostra de 75 pessoas (População de 87 pessoas)
- 69% Mulheres | 31% Homens
- Idade média – 52 anos (Idade mínima 19 e máxima 82)
- Maioria casados e em união de facto (66,7%)
- 40 % pessoas empregadas; 32% reformados; 17,3% desempregados

Resultados (2)

□ Estatística Descritiva (2)



Resultados (3)

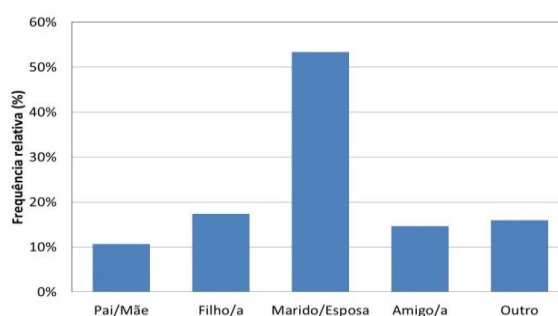
□ Estatística Descritiva (3)

- Libertação do mediano (STC) – 25,3%
- Cura cirúrgica (dedo em gatilho) – 17,3%
- Extração de fio K da mão, pé ou braço – 9,3%
- Extração de parafuso/grampo – 9,3%
- Fasciotomia/Fasciotomia – 8%
- Excisão de quisto/unha da mão ou pé – 6,7%
- Quervain – Cura cirúrgica – 6,7 %
- Bunionectomia – 4%
- Artroscopia – 2,7%
- Outros – 10,7% (Astroplastia do dedo, Desbridamento de ferida, Extração de fragmento do joelho, Op. Chevron, etc)

Resultados (4)

□ Estatística Descritiva (4)

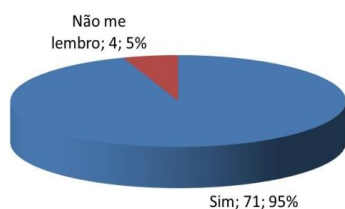
- Analgesia – 99%
- Antibioterapia – 51%
- A1 – 28,4%; A2 – 48,6%; A3 – 23%
- Acompanhantes:



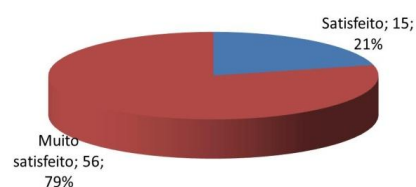
Resultados (5)

□ Questionário (Complicações)

Os Enfermeiros explicaram-lhe o que fazer em caso de surgirem complicações?



Como avalia a satisfação em relação à informação fornecida?

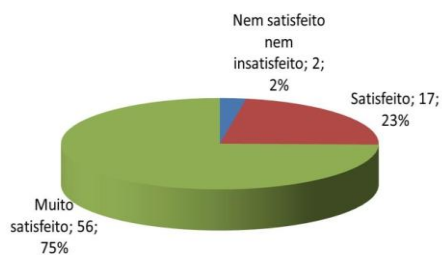


Resultados (6)

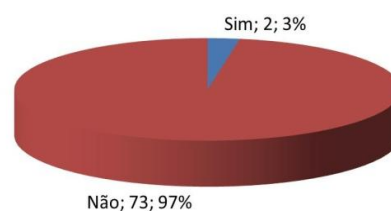
Questionário (Cuidados ao penso)

- 3 pessoas com penso repassado (excisão unha do pé, extração grampo do calcâneo, Op. Chevron + Op. Akin + Op. Weil)

Como classifica a sua satisfação em relação à informação dada pelos Enfermeiros em relação aos cuidados a ter com o penso?

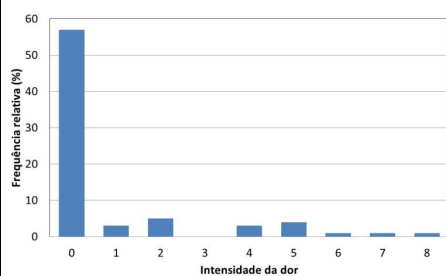


Tem alguma dúvida?

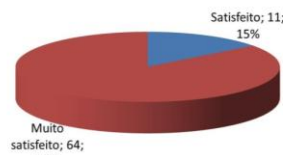


Resultados (7)

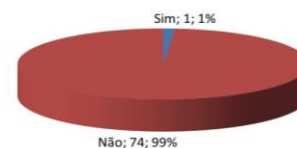
Questionário (Dor [1])



Qual a sua satisfação relativamente à informação que os enfermeiros lhe deram sobre como tomar a medicação para as dores

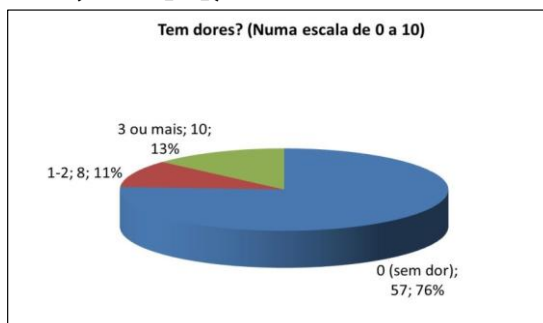


Tem alguma dúvida?



Resultados (8)

Questionário (Dor [2])



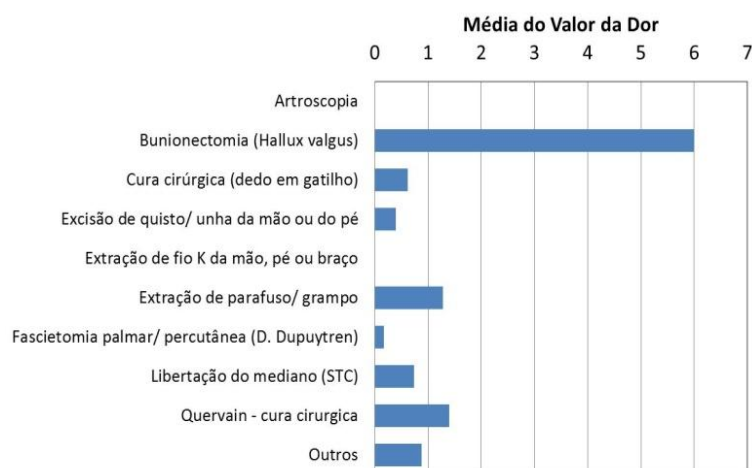
Protocolo	Sem dor (0)	Dor ligeira (1-2)	Dor moderada a forte (≥3)
A1	71,4% (15)	19% (4)	9,5% (2)
A2	80,6% (29)	5,6% (2)	13,9% (5)
A3	70,6% (12)	11,8% (2)	17,6% (3)

Estatisticamente significativo



Resultados (9)

Questionário (Dor [3])



Estatisticamente significativo



Resultados (10)

Questionário (Náuseas e vômitos)



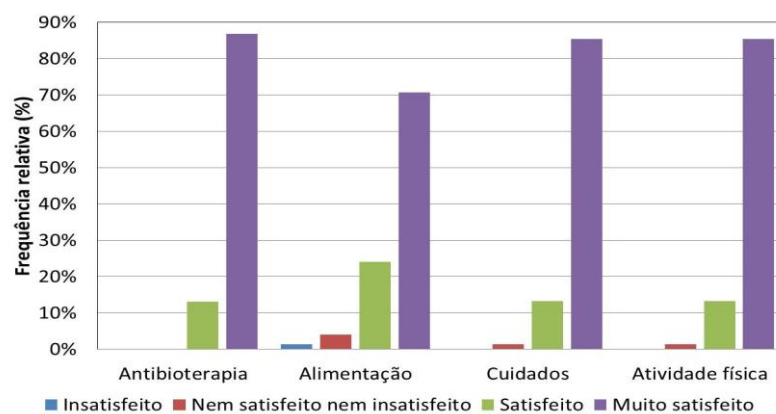
- Bunionectomia (Hallux Valgus)
- Extração Unha do pé
- Extração de parafuso do tornozelo
- Libertação do Mediano (STC)

Estatisticamente significativo



Resultados (11)

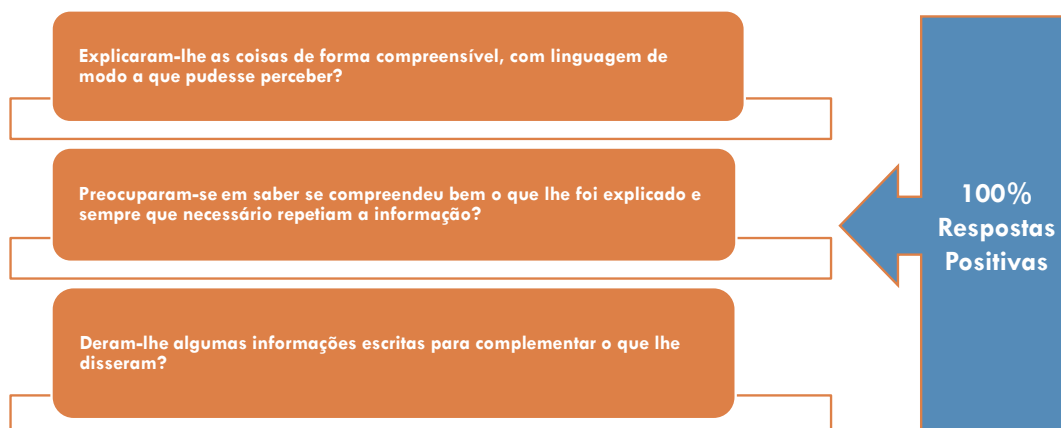
Questionário (Antibioterapia/Alimentação/Cuidados/Atividade física)



Resultados (12)

Questionário (Cuidados Enfermagem)

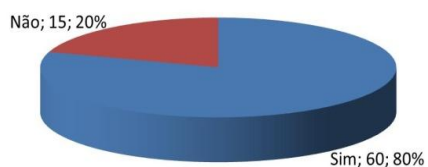
- Envolver acompanhante – Sim 92%; Não 2,7%; Não se lembra 5,3%



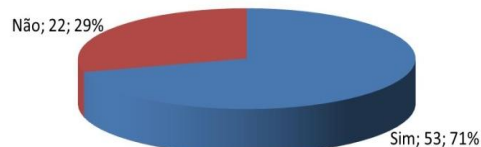
Resultados (13)

Questionário (Informações escritas [1])

Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?



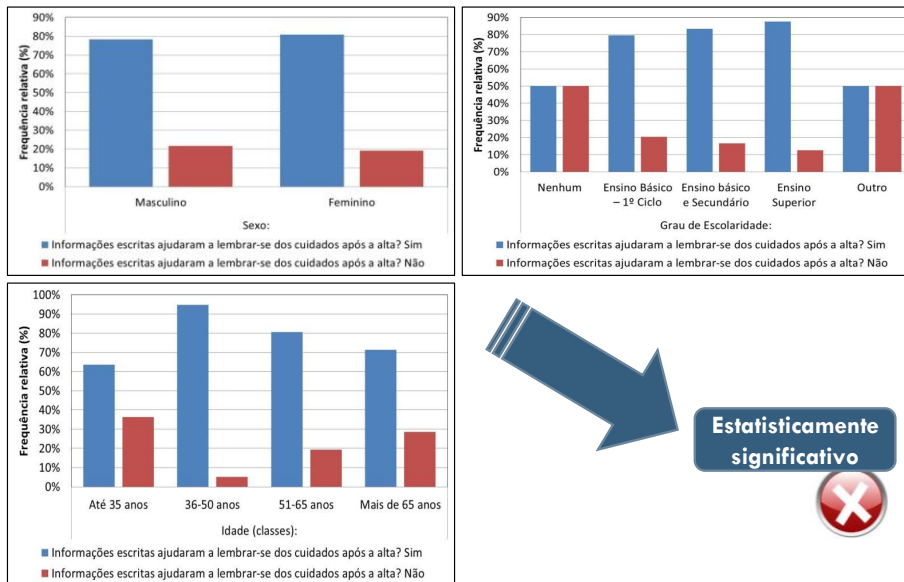
Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?



Resposta Negativa = Não leitura do documento

Resultados (14)

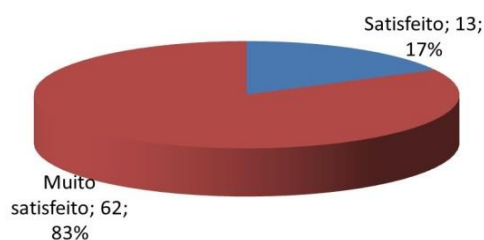
Questionário (Informações escritas [2])



Resultados (15)

Questionário (Satisfação Geral)

De um modo geral, qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado?



Sexo	
Idade	
Estado Civil	
Profissão	
Grau de escolaridade	

Resultados (16)

□ Questionário (Sugestões – Resposta Aberta)

▣ Houve 10 sugestões por parte das pessoas operadas:

- Em relação ao tempo de espera (2 pessoas)
- Em relação ao espaço físico (3 pessoas)
- Em relação ao médico cirurgião (2 pessoas)
- Em relação ao fornecimento de informação (3 pessoas)

100% das pessoas aconselharia esta modalidade a um familiar/conhecido seu.

Reflexão



Síntese

- Reforço/Sensibilização para alguns ensinamentos;
- Atualização do protocolo de analgesia;
- Reformulação de dinâmicas;
- Levantamento da necessidade para a reformulação de documentos;
- Reflexão sobre a prática de Enfermagem Perioperatória;
- Aumento do Espírito Crítico;
- Manutenção do fornecimento de informação completa e adequada;

- Contributo para a implementação de outros trabalhos.

Anexos

Anexo I

Anexo I - Questionário de Avaliação original

Formulário de Avaliação da satisfação do utente/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados pós a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA (a preencher pelo enfermeiro de acolhimento no dia da intervenção cirúrgica)

SEXO: Masculino ☐ Feminino ☐

IDADE (anos): _____

ESTADO CIVIL: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐
Outro (especifique) _____

PROFISSÃO: Estudante ☐ Desempregado/a ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐
Reformado/a ☐ Outro (especifique) _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: Nenhum ☐ Ensino Básico – 1º Ciclo ☐
Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo ☐ Ensino Superior ☐
Outro (especifique) _____

LOCAL DE RESIDÊNCIA: _____

CENTRO DE SAÚDE: _____

REGISTOS CLÍNICOS (a preencher pelo enfermeiro do recobro tardio no dia da intervenção cirúrgica, antes da alta)

DATA DA CIRURGIA? _____

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA A QUE FOI SUBMETIDO? _____

CIRURGIÃO: _____ **AJUDANTE:** _____

ANESTESISTA: _____ **ENFERMEIRO DE ANESTESIA:** _____

ENFERMEIRO CIRCULANTE: _____ **ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA:** _____

ENFERMEIRO DO RECOBRO: _____ **ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA AO DOENTE:** _____

FOI FORNECIDO PROTOCOLO DE NAUSEAS E VÔMITOS? Não ☐ Sim ☐

FOI FORNECIDO PROTOCOLO DE ANALGESIA? Não ☐ Sim ☐ Se sim qual? _____

QUAL A DATA DA 1ª CONSULTA? _____

EXISTE PRESCRIÇÃO DE PENSO? Não ☐ Sim ☐ Se sim quais são? _____

INFORMAÇÃO SOBRE O ACOMPANHANTE DURANTE A ESTADIA NA UCA

(a preencher pelo enfermeiro do recobro tardio no dia da intervenção cirúrgica, antes da alta)

QUEM O ACOMPANHOU DURANTE A SUA ESTADIA NA UCA? Pai/Mãe ☐ Filho/a ☐

Marido/Esposa ☐ Amigo/a ☐ Outro (especifique) _____

QUE IDADE TEM O SEU ACOMPANHANTE (DURANTE A ESTADIA NA UCA)? _____

GRAU DE ESCOLARIDADE DO SEU ACOMPANHANTE NA UCA? Nenhum ☐

Ensino Básico – 1º Ciclo ☐ Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo ☐ Ensino Superior ☐

Outro (especifique) _____

Assinatura legível (do enfermeiro responsável pelos registos) _____

Nº da OE _____ **Nº Mecanográfico** _____

Data _____

INQUÉRITO 24h (a preencher pelo enfermeiro)**COMPLICAÇÕES****OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE O QUE FAZER EM CASO DE SURTIREM COMPLICAÇÕES?**Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐

Numa escala de 1 a 5 em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil como avalia a importância desta informação? (acerca das possíveis complicações e o que fazer)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE OS CUIDADOS A TER EM RELAÇÃO AO PENSO?

Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

NESTE MOMENTO O PENSO ENCONTRA-SE:Repasado Não ☐ Sim ☐Molhado Não ☐ Sim ☐Descolado Não ☐ Sim ☐

A INFORMAÇÃO DADA PELOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS A TER COM O PENSO, COMO CLASSIFICA NUMA ESCALA DE 1 A 5? (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

TEM DORES? (Numa escala de 0 a 10 em que 0 é totalmente sem dor e 10 é a dor máxima)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE COMO TOMAR A MEDICAÇÃO PARA AS DORES?

Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

RELATIVAMENTE À INFORMAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS LHE DERAM SOBRE COMO TOMAR A MEDICAÇÃO PARA AS DORES NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO A CLASSIFICA (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

DESDE QUE SE ENCONTRA EM CASA, TEM ESTADO BEM DISPOSTO? (sem náuseas ou vômitos)

Não ☐ Sim ☐

SE NÃO ESTEVE BEM DISPOSTOS APÓS A ALTA, TEVE:

Náuseas ☐ Náuseas com vômito isolado ☐ Vômito frequente ☐

EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO sobre os cuidados a ter após a alta, numa escala de 1 a 5, como a classifica? (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)

Náuseas e vômitos ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Alimentação ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Cuidados de higiene ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Atividade física ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Modo geral ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

INQUÉRITO 24h (a preencher pelo enfermeiro)**COMPLICAÇÕES****ACHOU QUE OS ENFERMEIROS:**

Preocuparam-se em envolver o seu acompanhante, explicando a situação e como o poderiam ajudar? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não se lembra

Explicaram-lhe as coisas de forma compreensível, com linguagem de modo a que pudesse perceber? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não se lembra

Preocuparam-se em saber se compreendeu bem, o que lhe foi explicado e sempre que necessário repetiam a informação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não se lembra

Deram-lhe algumas informações escritas para complementar o que lhe disseram? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/não se lembra

ESSAS INFORMAÇÕES ESCRITAS AJUDARAM-NO A LEMBRAR-SE DOS CUIDADOS A TER APÓS A ALTA?

Sim ☐ Não ☐

Se não, porquê? _____

ESSAS INFORMAÇÕES ESCRITAS AJUDARAM O SEU ACOMPANHANTE A LEMBRAR-SE DOS CUIDADOS A TER APÓS A ALTA?

Sim ☐ Não ☐

Se não, porquê? _____

DEPOIS DE TER ALTA FOI NECESSÁRIO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA, OU A OUTRO SERVIÇO?

Não ☐ Sim ☐ Qual? _____

Se sim, porquê? _____

DE UM MODO GERAL QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES DOS CUIDADOS A TER EM CASA DEPOIS DE OPERADO?

☐ - Bastante Satisfeito ☐ - Satisfeito ☐ - Nem Satisfeito /Nem Insatisfeito ☐ - Pouco Satisfeito

☐ - Insatisfeito ☐ - Bastante Insatisfeito

TEM ALGUMA DÚVIDA OU QUESTÃO QUE QUEIRA COLOCAR? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual? _____

GOSTARIA DE VOLTAR A SER CONTACTADO POR NÓS? Sim ☐ Não ☐

Porquê? _____

Quando? _____

Assinatura legível (do enfermeiro responsável pelos registos) _____

Nº da OE _____

Nº Mecanográfico _____

Data _____

Anexo II

Anexo II – *Email*: Autorização da autora do questionário original

“Assunto: Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da satisfação do utente/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados pós a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

Helena Fernanda Pacheco Ribeiro, autora do Formulário de Avaliação da satisfação do utente/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados pós a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória, vem por este meio, autorizar a utilização dos referidos formulários, desde que respeitados os passos para a sua correta utilização, na investigação realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Setúbal por André Couto.

Outubro, 14 de Outubro de 2013.

Helena Fernanda Pacheco Ribeiro”